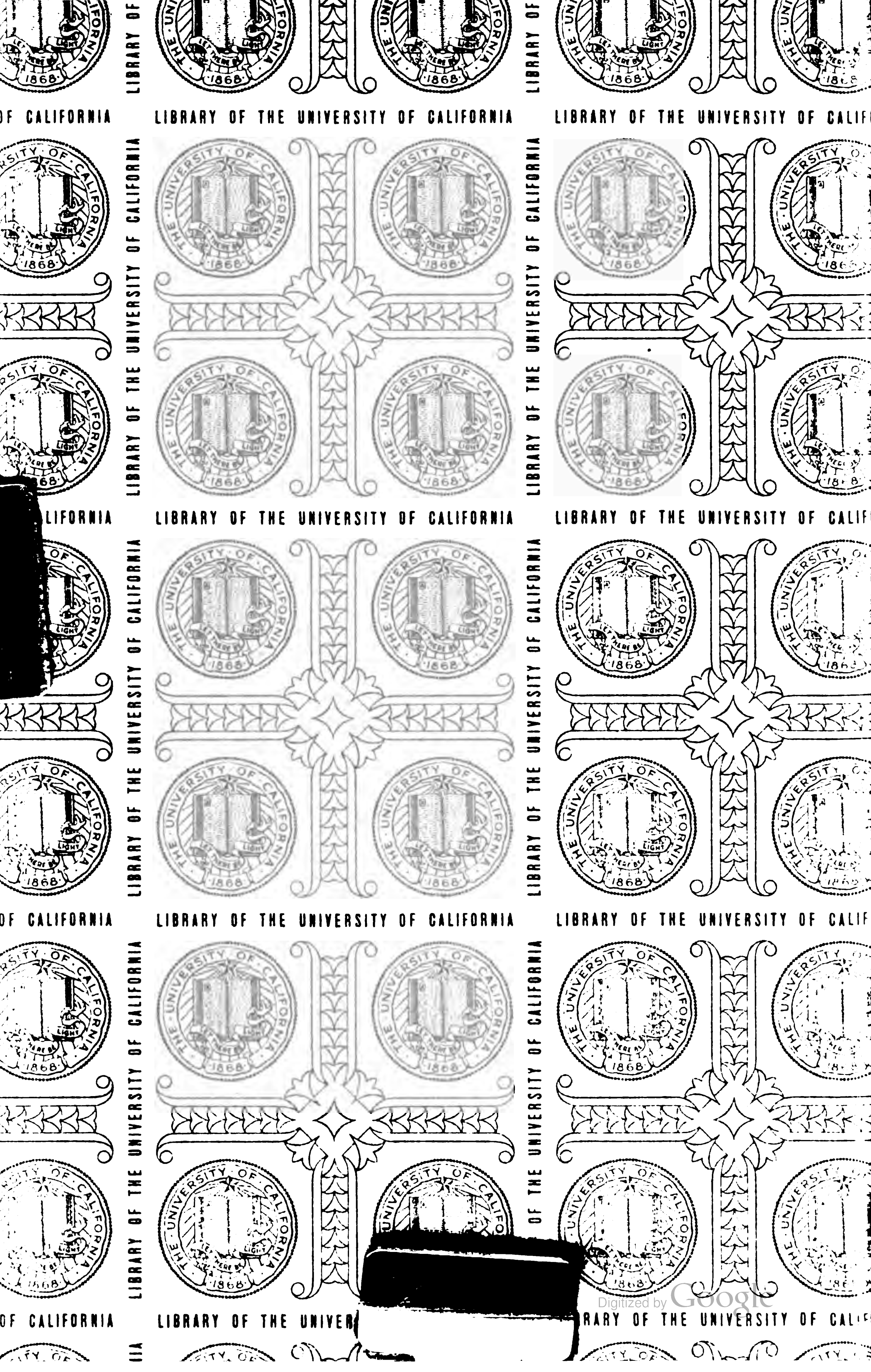
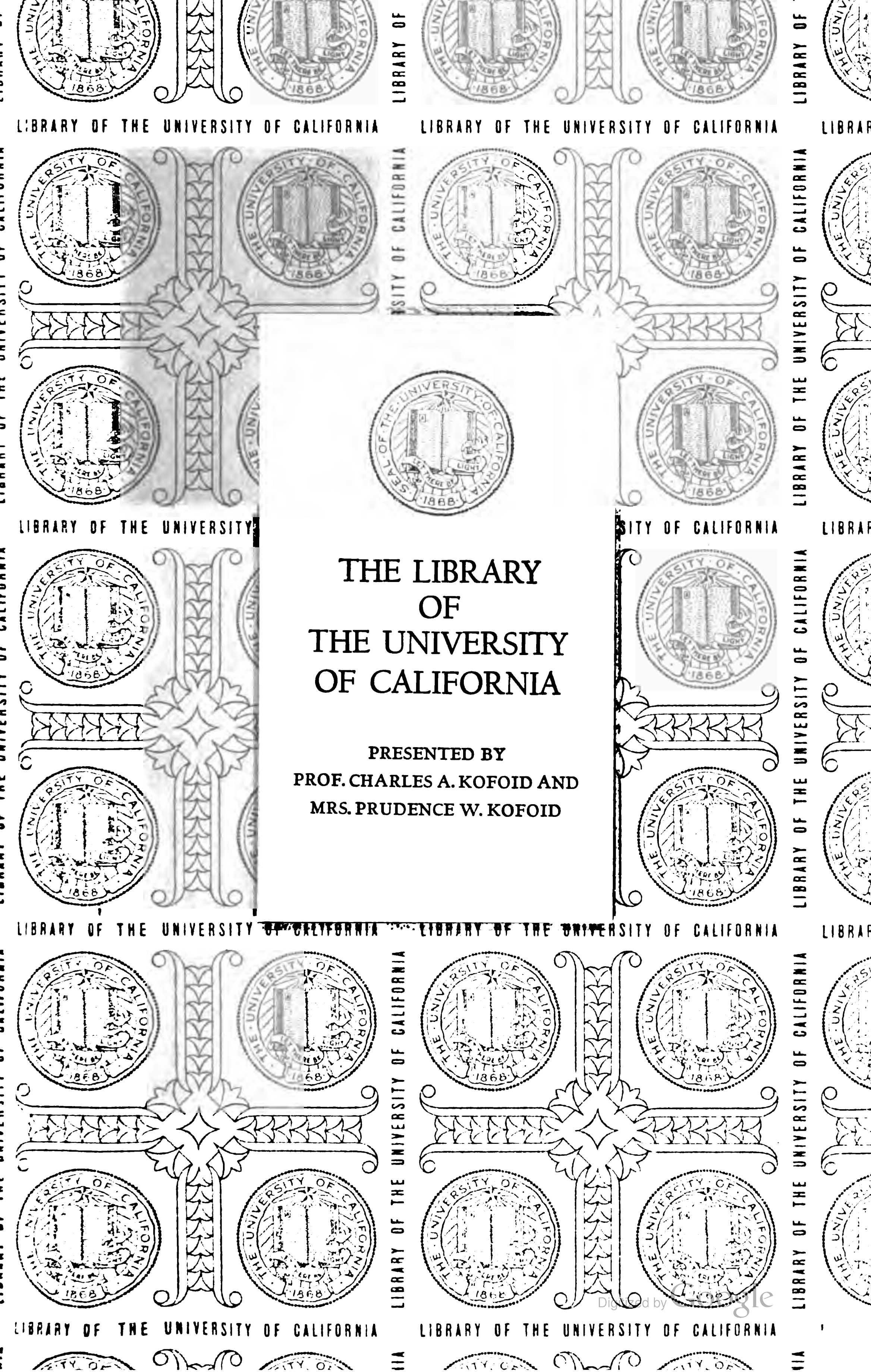



LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
1868



LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
THE LIBRARY
OF
THE UNIVERSITY
OF CALIFORNIA
PRESENTED BY
PROF. CHARLES A. KOFOID AND
MRS. PRUDENCE W. KOFOID

DIE DIAGNOSE DER GEISTESKRANKHEITEN

VON

DR. OSWALD BUMKE
ORD. PROFESSOR DER PSYCHIATRIE UND NERVENHEILKUNDE
AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU

MIT 86 ABBILDUNGEN IM TEXT.

WIESBADEN
VERLAG VON J. F. BERGMANN
1919

Druck der Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

Vorwort.

Der Krieg sowie meine Berufungen nach Rostock und Breslau haben die Ausarbeitung dieses Buches gestört und verzögert. Ich fürchte, daß die Darstellung des Stoffes unter diesen Umständen weniger einheitlich geworden ist, als sie sein sollte; aber vielleicht wird dieser Nachteil dadurch aufgewogen, daß ich meine in Freiburg gewonnenen Erfahrungen inzwischen an dem ganz anders gearteten Material der Rostocker Anstalt und der Breslauer Klinik habe erweitern können.

Die psychologischen Einleitungen zu einzelnen Abschnitten des allgemeinen Teiles sind „Psychologischen Vorlesungen" entnommen, die demnächst im gleichen Verlage erscheinen werden. Von Literaturnachweisen habe ich abgesehen. Die Äußerungen der Kranken sind, wo es irgend möglich war, wörtlich nach dem Stenogramm oder auf Grund phonographischer Aufnahmen wiedergegeben worden. — Die Abbildungen stammen, soweit nicht etwas anderes ausdrücklich angegeben ist, aus den Sammlungen der Freiburger, Rostocker und Breslauer Klinik.

Breslau, Weihnachten 1917.

Oswald Bumke.

Inhaltsverzeichnis.



Zur Einführung.

Jede psychiatrische Untersuchung verfolgt ein doppeltes Ziel: sie will in das Seelenleben des Kranken eindringen, seine Persönlichkeit kennen lernen und ihre abnormen Züge begreifen, und sie versucht aus der Gesamtheit der Krankheitszeichen eine klinische Diagnose zu gewinnen, um daraus die Prognose abzuleiten und den Heilplan aufzustellen.

Beide Aufgaben lassen sich nicht in allen Fällen und zum mindesten nicht immer gleich gut lösen; ja, das eine Ziel — das psychologische — scheint sogar gesetzmäßig um so ferner zu rücken, je näher das andere — das klinische — liegt. Ist die Diagnose einer Krankheitsform leicht, so wird es fast immer schwer, ihre seelischen Äußerungen psychologisch zu verstehen und nachzuempfinden. Und umgekehrt: je tiefer dieses vom Normalen ausgehende Verständnis in das kranke Seelenleben eindringt, um so weniger gelingt die Abgrenzung einer in sich geschlossenen Krankheit.

Deshalb ist es gut, sich von vornherein, gewissermaßen an der Schwelle des psychiatrischen Studiums, klar zu machen, worauf diese Unterschiede beruhen. Alle Irrenanstalten enthalten zwei — der Entstehung nach betrachtet — heterogene Krankheiten, die unmittelbar wenigstens nicht ineinander übergehen: die Hirnkrankheiten und die funktionellen Psychosen.

Bei der progressiven Paralyse, der Hirnsyphilis, der senilen Demenz, der Hirnarteriosklerose, bei Hirngeschwülsten und nach manchen Verletzungen, um nur die wichtigsten Formen zu nennen, greift ein grober pathologischer Prozeß in den gesunden Hirnmechanismus ein, zerstört ihn oder stört ihn wenigstens; der Erfolg besteht außer in körperlichen Krankheitszeichen in bestimmten psychischen Ausfalls- oder Reizsymptomen, wie Aphasie, Apraxie, Seelenblindheit, Amnesie, Demenz, organisch bedingte Erregungen. Das sind psychische Symptome, aber sie sind in unserem normalen Seelenleben nicht vorgebildet, und so stehen wir ihnen psychologisch hilflos gegenüber, können sie wohl registrieren, aber nicht nachempfinden[1]). Das organisch kranke Gehirn reagiert anders als das gesunde, und wer diese Reaktionen studiert, treibt eine

[1]) Das schließt natürlich nicht aus, daß wir Andeutungen solcher Symptome — nämlich bei geringfügiger Erkrankung — gelegentlich selbst erleben können. Leichtes Perseverieren bei geringem Fieber, Andeutungen von „emotioneller Inkontinenz" bei starker seelischer und körperlicher Erschöpfung, paraphasische und parapraktische Symptome im Rausch und Amnesien nach der Alkoholvergiftung kommen auch bei sonst Gesunden vor; aber darum sind das alles doch organische, unserem unmittelbaren psychologischen Verständnis entzogene Reaktionen.

nach neurologischen Gesichtspunkten orientierte Gehirnpathologie, die mit Psychologie kaum etwas gemein hat. Wie ein aphasischer Mensch spricht, können wir lernen; ein unmittelbares Echo wird sein Verhalten in unserm Bewußtsein nicht wecken.

Man braucht nicht viel Geisteskranke gesehen zu haben, um zu wissen, daß es außer diesen andere Seelenstörungen gibt, deren Äußerungen wir sehr wohl zu begreifen vermögen. Man kann auch auf andere Weise geisteskrank sein als dadurch, daß ein organischer Prozeß über das vorher gesunde Gehirn hingeht wie eine Entzündung über die Lunge. So gelangen wir zu dem Begriff der „funktionellen Seelenstörungen". Stimmungsschwankungen, Angst, Periodizität, Suggestibilität, Erinnerungstäuschungen, Hemmung, Erregung, hypochondrische, melancholische und mißtrauische Auffassungen, die Schwankungen des Selbstgefühls, die mehr oder minder große Neigung zum Kampf, zu Konflikten — alles das kennt der normale Mensch aus seinem eigenen Bewußtsein und so vermag er sich in das Innere von Geisteskranken hinein zu versetzen, bei denen diese Züge ins Krankhafte gesteigert, verzerrt sind. Nicht jedem gelingt das in gleichem Maße und bei allen Kranken; je nach dem Temperament erscheint dem einen mehr dieses, dem andern mehr jenes Symptom verwandt. Im Grunde aber wurzeln sie alle im Gesunden; sie lassen sich aus den Eigentümlichkeiten der normalen menschlichen Psyche ableiten. So auffallend Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und Willensstörungen die Persönlichkeit eines Menschen umgestalten, wenn sie erhebliche Grade erreichen; bei der wissenschaftlichen Analyse, die ihren feinsten und ersten Äußerungen nachspürt, verschwindet jede einzelne schließlich in der Psychologie des gesunden Menschen.

Also hier gibt es Übergänge, die für die organischen Geisteskrankheiten unmöglich sind. Anatomisch ist ein Gehirn wie eine Lunge entweder krank oder gesund; für die funktionellen Seelenstörungen erweist sich häufig schon die Frage als falsch gestellt, so oft ihre Beantwortung auch vom Psychiater verlangt wird. Hier existieren scharfe Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit durchaus nicht. Sie werden verwischt und verdeckt durch eine große Gruppe von Individuen, die einzelne oder mehrere abnorme Züge in allen denkbaren Graden der Stärke und in allen möglichen Formen der Verteilung neben gesunden Eigenschaften aufweisen und die in dieser Mischung von gesunden und kranken Qualitäten überdies zu verschiedenen Zeiten noch Schwankungen durchmachen. Man nennt solche Menschen Degenerierte oder besser Psychopathen. Bei ihnen muß der Versuch einer scharfen Grenzbestimmung notwendig etwas Künstliches und Gezwungenes in das natürliche Geschehen hineintragen, weil uns kein klinisches Wissen lehren kann, wann eine solche Störung anfängt, die soziale Etikette „Geisteskrankheit" zu rechtfertigen. Aber da diese Grenzfälle die Bindeglieder zwischen der Symptomatologie der funktionellen Geisteskrankheiten und den Erscheinungen des normalen Seelenlebens darstellen, beweisen sie darüber hinaus, daß auch die funktionellen Psychosen selbst nichts sind als Spielarten der normalen seelischen Anlage, gradweise Abweichungen vom Durchschnitt, die wohl größtenteils durch erbliche Einflüsse zustande kommen.

Unter dieser Voraussetzung wird nun die Tatsache verständlich, von der wir ausgegangen sind: daß unter den funktionellen Krankheiten Psychosen

von der scharfen Umgrenzung der Paralyse keineswegs die Regel bilden, daß unreine Fälle, Mischungen und Abortivformen häufiger sind als gewisse Grundtypen wie die Manie, die Melancholie, die Paranoia. Bei schwer belasteten Menschen treten manische, melancholische, paranoische, neurasthenische und hysterische Krankheitszüge nicht selten zu Symptomenkomplexen zusammen, die eine einfache, schematische Diagnose schlechterdings unmöglich machen. Alle diese Formen sind eben untereinander verwandt, denn sie entstammen demselben Boden, der normalen Psyche.

Dementsprechend wird uns in dieser Hinsicht auch die anatomische Forschung, der die Klinik der organischen Psychosen so viel verdankt, (vorläufig wenigstens) nichts helfen können. Freilich ist alles seelische Geschehen an materielle Vorgänge im Gehirn gebunden, und verschiedenen psychischen Vorgängen werden auch verschiedene physiologische Ereignisse im Zerebrum entsprechen. Einen grundsätzlich veränderten Hirnmechanismus aber, wirklich neue materielle Bedingungen des seelischen Lebens, dürfen wir bei den funktionellen Psychosen nicht voraussetzen. Sie beruhen sehr wahrscheinlich auf Anomalien nicht sowohl der Struktur als vielmehr der Funktion des Nervengewebes, auf rein quantitativen Abweichungen, die genau so Spielarten der gesunden physischen Anlage darstellen, wie ihnen seelisch Varianten des normalen psychischen Verhaltens entsprechen. Das ist wieder ein durchgreifender Unterschied gegenüber den organischen Psychosen; denn es ist etwas anderes, ob die materiellen Zustandsänderungen, die alle seelischen Vorgänge begleiten oder verursachen, etwas zu- oder abnehmen, oder ob ein neuartiger Krankheitsprozeß nervöses Gewebe zerstört oder verändert. Diesen wird das Mikroskop auffinden und hat es getan; die anatomischen Begleiterscheinungen der funktionellen Störungen, die über die physiologischen Korrelate der normalen Bewußtseinsschwankungen nicht wesentlich hinausgehen werden, sucht heute kein Anatom. Und wenn man greifbare anatomische Ursachen dieser Krankheiten später doch einmal finden sollte, so wird es sich dabei vielleicht um ganz andere Organe handeln als das Gehirn [1]).

So scheint zwischen den organischen und den funktionellen Psychosen zunächst nur die Beziehung zu bestehen, daß die persönliche Anlage des Kranken gelegentlich die besondere Gestaltung auch der organischen Krankheiten und daß umgekehrt starke äußere Schädlichkeiten zuweilen den Zeitpunkt für das Auftreten der funktionellen Störungen mitbestimmen. Das erste versteht sich beinahe von selbst, das zweite hat — freilich für seltene Fälle — die Erfahrung gelehrt.

Die Beziehungen zwischen beiden Gruppen von Seelenstörungen sind aber damit nicht erschöpft. Es gibt außer ihnen eine dritte, deren Gebiet nach beiden Seiten hin übergreift und somit den prinzipiellen Gegensatz zwischen organisch und funktionell doch einigermaßen überbrückt. Das ist die Gruppe der toxisch bedingten Psychosen.

Schwerer Alkoholmißbrauch kann Geisteskrankheiten erzeugen und in den schlimmsten Fällen sogar Schwachsinn, dem natürlich greifbare anatomische Veränderungen im Gehirn entsprechen. Zum mindesten diese extremen Fälle

[1]) Da wo dieses sekundär in greifbarer Weise verändert wird, würde es sich um toxisch bedingte, organische Psychosen handeln.

lassen sich also auch als organische Psychosen betrachten, wenn man nämlich den pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt stärker betont als den ätiologischen. Auf der anderen Seite steht bei einer unzweifelhaft organischen Krankheit, der kretinistischen Verblödung, zwischen Schilddrüsenerkrankung und Rindenverödnug ein chemisches Zwischenglied. Mit anderen Worten: die organischen und viele toxische Gehirnkrankheiten stehen zu einander in enger Beziehung; die zum Teil sehr typischen Reaktionen, die viele (zumeist exogene) Gifte auslösen, sind im wesentlichen dieselben, die wir nach Hirnerschütterungen, bei Hirntumoren, kurz nach mechanischen Schädlichkeiten auch beobachten. Der Begriff der organischen Psychosen muß also unter einem höheren Gesichtspunkt zu dem der organischen (exogenen) Reaktionsformen erweitert werden.

Eine ganz ähnliche Ausdehnung ist aber auch für die funktionellen Krankheiten notwendig. Hier werden wir anstatt funktionell endogen sagen und dabei an im Körper entstandene Stoffwechselstörungen denken müssen, die wenigstens einige von den funktionellen Zuständen auslösen können. Wenn die Menstruation, die Schwangerschaft, die Pubertätsentwicklung die Psyche des Menschen umgestalten, so kann dem nur ein chemischer Zusammenhang zugrunde liegen. Mit den Folgen exogener Vergiftungen haben freilich solche Symptome wenig gemein, wohl aber gleichen sie den Äußerungen mancher funktioneller Psychosen — wie denen der zirkulären Formen z. B. — so sehr, daß sich der Gedanke, auch diesen könnte irgend eine Störung der inneren chemischen Steuerung zugrunde liegen, geradezu aufdrängt. Ja hier besteht offenbar sogar eine lebhafte Wechselwirkung: Psychische Vorgänge beeinflussen die Menstruation wie diese die Psyche; in der Angst verändert sich der Adrenalingehalt des Blutes, und so besitzt möglicherweise auch die (an sich unbestrittene) Entstehung funktioneller Psychosen aus seelischen Anlässen zuweilen ein somatisches, chemisches Zwischenglied. Eine Drüse könnte infolge einer Aufregung stärker oder schwächer sezernieren und so länger dauernde psychische Störungen einleiten.

Das ist der Punkt, an dem die moderne Lehre von der inneren Sekretion die Psychiatrie angeht. Den Erwägungen, die uns eben zum Begriff der funktionellen Störungen geführt haben, tun ihre Feststellungen und Annahmen keinen Eintrag; ja vielleicht verleihen gerade sie erst dieser Gedankenkette ein noch fehlendes, notwendiges Glied. Daran zweifelt ja niemand, der naturwissenschaftlich denkt: daß auch die funktionellen Symptome irgendwie körperlich veranlaßt werden. Nur ändert diese Auffassung an der anderen nichts: daß die Bedingungen ihrer Entstehung von denen des normalen Seelenlebens nur quantitativ, nicht aber grundsätzlich abweichen und daß sie deshalb dem gesunden Menschen verständlich bleiben.

Wohl aber scheinen auf diesem Gebiete Übergänge zwischen exogenen und endogenen, organischen und funktionellen Reaktionsformen wenigstens möglich zu sein. Urämische und eklamptische Psychosen gleichen — obwohl ihre Ursachen zweifellos im Körper entstehen — exogen bedingten aufs Haar; beim Delirium tremens wirkt wahrscheinlich gar nicht der Alkohol selbst auf das Gehirn, sondern wieder ein erst im Körper gebildetes Gift. Ob wir die leichten psychischen Veränderungen, die sich bei manchen Menschen schon an kleine Darmstörungen anschließen, als exogen und organisch oder als endogen und

funktionell ansehen wollen, ist keineswegs leicht zu sagen. Und schließlich spricht vieles dafür, daß manche Krankheiten, an deren Ende wir organische Gehirnveränderungen finden, wie die Epilepsie und die Dementia praecox, im Anfang durch innersekretorische Störungen ausgelöst werden. Ist das aber der Fall, so wäre darin möglicherweise eine Beziehung zu unzweifelhaft funktionellen Psychosen wie dem manisch-depressiven Irresein gegeben, die den strengen Gegensatz von organisch und funktionell in der Tat an einem Punkte aufheben würde.

Das sind einstweilen theoretische Spekulationen, die uns freilich manche Schwierigkeiten der heutigen Diagnostik verständlich machen könnten [1]). Man soll aber diese Schwierigkeiten doch nicht überschätzen; sie sind keineswegs häufig. Wo uns Übergänge zwischen organischen und funktionellen Reaktionen entgegenzutreten scheinen, beruhen sie fast immer entweder auf der äußeren Ähnlichkeit genetisch verschiedener Symptome oder auf der Geringfügigkeit organischer Krankheitsveränderungen, und in diesen beiden Fällen beweisen sie nichts als die Unzulänglichkeit unseres augenblicklichen diagnostischen Könnens. Aber auch Mischungen werden beobachtet; auch geborene Psychopathen können an Paralyse erkranken, und zuweilen — für die Diagnose der unangenehmste Fall — lassen exogene Ursachen: Vergiftungen, Infektionen, Schädeltraumen psychopathische (z. B. hysterische) Züge manifest werden, die früher nicht zutage getreten waren. Wirkliche Übergänge zwischen organischen (exogenen) und funktionellen (endogenen) Krankheiten würden wir jedoch dieser Fälle wegen nicht annehmen müssen; in ihnen setzt der organische Vorgang wohl nur die allgemeine nervöse Widerstandskraft herab, die vorher manches auszugleichen vermochte, was als Anlage immerhin schon existiert hatte.

Zum Schlusse noch eines. Man hat in der hier vertretenen Auffassung vom Wesen der funktionellen Krankheiten den Anlaß für eine gewisse Resignation der klinischen Forschung erblicken wollen; wie uns scheint, doch nicht ganz mit Recht. Es ist nicht richtig, daß wir auf diese Weise (nach Abzug der grob organisch bedingten Krankheiten natürlich) zur Einheitspsychose zurückkehren. Nur das werden wir lernen müssen, daß sich weder das anatomische noch das ätiologische Einteilungsprinzip für alle seelischen Krankheiten durchführen läßt. Die organischen Psychosen haben sich im wesentlichen unter Führung des Mikroskops in Krankheiten aufteilen lassen, bei deren Erkennung wir die in den körperlichen Symptomen gebotene Hilfe auch heute noch nicht entbehren möchten. Schon bei den „symptomatischen Psychosen", d. h. bei den Seelenstörungen, die neben anderen — körperlichen — Symptomen auf äußere Schädlichkeiten wie die Hirnerschütterung, die Infektion, die Vergiftung folgen, ist die Aufstellung ähnlicher Untergruppen nicht gelungen.

[1]) So ist eine scharfe Trennung der exogenen neurasthenischen Reaktion und der endogenen konstitutionellen Nervosität grundsätzlich unmöglich, weil sich bei keinem Neurastheniker die angeborene Anlage und bei keinem Hereditarier gewisse äußere Schädlichkeiten ausschließen lassen. Ebenso schwierig ist die systematische Einordnung der klimakterischen Psychosen; denn auch hier schieben sich endogene und exogene Faktoren ganz unentwirrbar ineinander. Vielleicht erkranken nur disponierte, d. h. also funktionell nervöse Menschen in diesen Jahren; sicher erkranken sie aber deshalb, weil die Involution den Chemismus ihres Körpers umstimmt, und da sie gelegentlich verblöden, so muß man schließlich auch eine organische Schädigung des Gehirns annehmen.



Die Erscheinungsformen und die Verlaufsarten dieser Krankheiten hängen, wie namentlich Bonhoeffer gezeigt hat, von der besonderen Art der Ursache im allgemeinen nicht ab; nur bestimmte Reaktionstypen, die auf alle diese Schädlichkeiten folgen können, haben sich auffinden lassen. Und für die endogenen, die funktionellen Seelenstörungen endlich werden wir die Hoffnung auf streng umrissene Krankheitseinheiten vollends aufgeben müssen. Aber Gesetzmäßigkeiten lassen sich doch auch hier nachweisen; charakteristische Zustände und typische Verlaufsarten, die mit diesen Syndromen so innig verknüpft sind, daß sie aus ihnen erschlossen, vorausgesagt werden können. Das sind denn doch auch Krankheiten, deren Diagnose sich lohnt, wenn auch Krankheiten in einem anderen Sinne als die kruppöse Pneumonie etwa — als anatomische — oder die Tuberkulose — als ätiologische Einheit.

Allgemeiner Teil.

A. Anamnese.

Die Aufnahme einer guten Anamnese ist insofern der schwierigste Teil der psychiatrischen Untersuchung, als sie die Kenntnis aller ätiologischen Möglichkeiten, aller psychiatrischen Symptome und aller Verlaufsarten voraussetzt. Dazu kommt, daß die Geisteskranken und ihre Angehörigen es uns keineswegs leicht machen, genaue Angaben aus ihnen herauszuholen. Selbst wo der gute Wille, alles zu sagen, vorhanden ist, fehlt meistens die Fähigkeit der Beobachtung und der Beurteilung leichterer nervöser Symptome, und auch gebildete Menschen pflegen dem Wunsche, daß eine schwere geistige Erkrankung nicht vorliegen möge, die auffälligsten Tatsachen zum Opfer zu bringen. So werden sie den psychischen Leistungen ihrer kranken Familienmitglieder gegenüber ungemein bescheiden und sprechen im guten Glauben von völliger geistiger Gesundheit, wo schon längst schwere intellektuelle Defekte und grobe gemütliche Störungen vorgelegen haben. Dagegen liefert das Verhalten der Angehörigen gelegentlich wichtige Fingerzeige in bezug auf die Familienverhältnisse und insbesondere auf die Erziehung, die dem Kranken zuteil geworden ist.

1. Ursachen.

Die erste Aufgabe der Anamnese wäre natürlich, die Ursache einer etwa bestehenden Geisteskrankheit aufzuklären. Krafft-Ebing hat vor einigen Jahrzehnten gemeint, die Ätiologie des Irreseins sei besser bekannt als die der meisten übrigen Krankheiten. Heute müssen wir feststellen, daß uns die ursächlichen Zusammenhänge bei der Entstehung der Psychosen bis jetzt in keinem einzigen Falle vollständig klar geworden sind. Selbst da, wo ein grober ätiologischer Faktor wie die Syphilis bei der Paralyse und der Alkohol beim Delirium tremens feststeht, läßt sich nicht aufklären, warum zahlreiche andere Individuen trotz gleicher Schädigung gesund bleiben.

a) Vererbung.

Der Gegensatz unserer Anschauungen zu denen von Krafft-Ebing beruht in erster Linie auf dem Zusammenbruch der Erblichkeitslehre, die vor einigen Jahrzehnten den Anspruch erhob, das Rätsel der Psychosen

gelöst zu haben. Nahezu alle Seelenstörungen sollten durch erbliche Einflüsse zustande kommen, und dementsprechend wurde bei der Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände vor Gericht z. B. auf die Darstellung der hereditären Verhältnisse und auf die Beschreibung körperlicher „Entartungszeichen" beinahe mehr Wert gelegt, als auf die Analyse der psychischen Persönlichkeit selbst.

Daß eine solche Beweisführung nicht zulässig ist, bedarf heute kaum einer Begründung. Es war ein logischer Fehler, wenn der Nachweis gewisser Voraussetzungen für eine mögliche psychische Erkrankung mit dem Nachweis der vorhandenen Erkrankung verwechselt wurde. Auch wenn wirklich 75 % aller Geisteskranken lediglich infolge ihrer „erblichen Belastung" in die Irrenanstalt gelangten, so brauchten darum noch nicht alle Belasteten geisteskrank zu werden; insofern beweist die Belastung an sich für die Diagnose selbstverständlich noch gar nichts.

Dazu ist die Bedeutung, die man den erblichen Einflüssen in der Psychiatrie heute noch zuschreibt, überhaupt geringer geworden. Gewiß gibt es erbliche Geisteskrankheiten; gelegentlich vererben sich psychisch abnorme Züge ebenso wie normale, und wenigstens manche von ihnen werden nach denselben Gesetzen übertragen wie eine Haar- oder Augenfarbe z. B. Diese Gesetze sind aber so verwickelt, daß sich im Einzelfall nur sehr selten Schlüsse aus ihnen ableiten lassen.

Naive Vorstellungen, wie die, daß die Entwicklung eines jeden Menschen allein durch die Eigenschaften seiner Eltern bestimmt und daß sogar im Leben erworbene Qualitäten von einem Geschlecht auf das andere vererbt würden, sind längst widerlegt worden. Oft ist die Ähnlichkeit mit dem Großvater oder einem älteren Verwandten sonst größer als die mit dem Vater oder der Mutter, und fast immer finden wir in der Person eines Menschen Einzelzüge vereinigt, die von verschiedenen Ahnen entlehnt worden sind. Die Biologie hat aus diesen Erfahrungen die Lehre von der „latenten Vererbung" und von der „Kontinuität des Keimplasmas" abgeleitet; die Klinik wird aus ihnen folgern müssen, daß die Vererbungsgesetze einen so ungeheuren Reichtum von Möglichkeiten in sich schließen, daß die bloße Kenntnis der Eltern bindende Schlüsse über die erbliche Belastung eines Menschen unter keinen Umständen zuläßt.

Auf Grund dieser Erkenntnis hat man neuerdings unter dem Einfluß des Genealogen Lorenz angefangen, Ahnen- und Sippschaftstafeln aufzustellen. Aber auch sie reichen noch nicht aus, da sie die Seitenzweige ignorieren; die latente Belastung durch einen Ahnen z. B., der selbst gesund, aber Bruder mehrerer Psychopathen war, würde in diesen Tafeln nicht zum Ausdruck kommen. Noch weniger brauchbar sind Stammbäume, die von den zahllosen Ahnen eines Patienten einen pathologischen herausgreifen und dessen Deszendenz darstellen; denn hier werden die krankhaften Momente unterstrichen und die gesunden vernachlässigt. Immerhin sind beide Methoden[1]) besser als die, die man früher ausschließlich verwandt hat: die Statistik, die wahllos alles Krankhafte in der Aszendenz eines Menschen zusammen suchte und nach inneren Zusammenhängen überhaupt nicht forschte. Ihr Hauptfehler lag darin, daß

[1]) in den seltenen Fällen, in denen sie sich anwenden lassen; denn gewöhnlich fehlen uns alle Daten dazu.



nicht einmal diejenigen Fälle ausgeschieden wurden, bei denen sicher eine äußere Ursache wie Syphilis oder Alkohol die Hauptrolle gespielt hatte. So hat Morel Kretinismus, Paralyse und Alkoholismus mit den endogenen Psychosen zusammen geworfen, und spätere Autoren haben Nervenkrankheiten aller Art noch dazu getan. Die natürliche Folge dieser Kritiklosigkeit war, daß der eine Forscher nur 4, der andere aber 90 % aller Geisteskranken für belastet erklärt hat.

Es ist also eine Verständigung nicht bloß darüber notwendig, wer, sondern auch was als belastend gelten soll. Nach Wagner von Jaureggs Untersuchungen muß manches, was früher in die Erblichkeitsstatistiken mit aufgenommen worden war, da wo es sich um die Anlage zu Psychosen handelt, geradezu als immunisierende Eigenschaft aufgefaßt werden. Gewisse Nervenkrankheiten und Apoplexien z. B. finden sich in der Aszendenz von psychisch Gesunden häufiger als in der von Geisteskranken. Überhaupt ist die entscheidende Wendung in der Erblichkeitslehre in dem Augenblick eingetreten, in dem wir nach dem Vorgang von Diem und Jenny Koller die Gegenprobe angestellt und die hereditären Verhältnisse von geistesgesunden Menschen untersucht haben. Die Unterschiede, die sich dabei zwischen ihnen und den Geisteskranken herausgestellt haben, sind überraschend gering; Diem fand 78,2 % erbliche Belastung bei den Insassen einer Irrenanstalt und 66,9 % bei einer gleich großen Gruppe von gesunden Menschen.

Wenn wir nach diesen kritischen Bemerkungen versuchen wollen, das zusammenzufassen, was als Ergebnis aller modernen Erblichkeitsforschungen übrig geblieben ist, so ergibt sich vor allem, daß nur das Zusammentreffen von zwei im gleichen Sinne belasteten Familien (Stromayer) verhängnisvoll wirkt. Die biologischen Erblichkeitsgesetze an sich führen nicht zur Entartung, sondern zur Regeneration. Nicht die von Geschlecht zu Geschlecht zunehmende Verstärkung oder die unaufhaltsame Ausbreitung endogener Krankheitsanlagen ist die Regel, sondern eine fortgesetzte Verdünnung. Der einzelne ist das Produkt zahlloser Erblichkeitsfaktoren, von denen jeder wirksam werden kann, keiner es zu werden braucht. Daß die pathologischen Anlagen dabei grundsätzlich überwiegen, ist eine Legende; eine gewisse Wahrscheinlichkeit der Erkrankung besteht nur für den, dem beide Eltern die gleiche Krankheitsanlage in die Wiege gelegt haben. „So viel sonderbare Käuze, Erfinder, in Amerika Verschollene, nervös Erregbare, hitzige, jähzornige, verschrobene Naturen, so viel Suizide und Fälle von Trunksucht sich in psychopathischen Familien auch finden, zu eigentlichen Psychosen, zur Degeneration kommt es erst nach der Vereinigung von zwei solchen Familien," sagt Stromayer mit Recht.

Schon Voltaire kannte die gleichartige Vererbung der Anlage zum Suizid. Seitdem haben zahlreiche Untersuchungen festgestellt, daß für alle endogenen Psychosen — und das sind die einzigen, die überhaupt vererbt werden können — dasselbe gilt, wie für die Melancholie. Vererbt sich aber die Anlage zu Seelenstörungen stets nur in der gleichen Form, dann ist es klar, daß das Vorkommen von zwei ungleichartigen Geisteskrankheiten in der Aszendenz eines Menschen seine eigene Gesundheit nicht sehr viel stärker gefährdet, als es jede dieser Krankheiten für sich tun würde. Es ist, als ob er mit der Anlage zur Gicht und mit der zu einer Muskeldystrophie behaftet wäre.

Er kann von der Krankheit des einen oder von der des anderen Ahnen befallen werden, wie er seine Augenfarbe von dem einen oder dem anderen erben kann, aber an keiner dieser Krankheiten muß er erkranken, und deshalb ist es ganz unwahrscheinlich, daß er beide bekommt. Ganz anders, wenn beide Ahnen an der gleichen Krankheit gelitten hatten; dann allerdings werden die Aussichten, daß die pathologische Anlage die gesunden Keime zurückdrängen könnte, wachsen. Hier wie überall in der Erblichkeitslehre gelten die einfachen Wahrscheinlichkeitsregeln.

Inzucht.

Auf diese Weise wird auch die Bedeutung klar, die die Inzucht für die Pathologie besitzt. Die Inzucht ist der reinste Fall von „konvergierender" Belastung; auch sie verstärkt die vorhandenen Vererbungstendenzen und führt dadurch zur Verbesserung der Art ebenso wie zur Degeneration: durch Addition schon existierender Anlagen.

Die Tierzüchter haben festgestellt, daß die Paarung von Individuen der gleichen Art geradezu notwendig ist, um eine Tierart in ihrem Charakter rein zu erhalten, und daß viele vorzügliche Rassen und Haustiere durch lange fortgesetzte engste Inzucht oder sogar Inzestzucht entstanden sind. Nur wenn diese Inzucht zu lange fortgesetzt wird, kommt es zu gewissen Entartungserscheinungen, die sich durch die Auffrischung der Zucht mit frischem Blut beseitigen lassen.

Für den Menschen liegen die Dinge offenbar ähnlich. Auch hier scheinen besonders gute Resultate ohne engere Inzucht nicht möglich zu sein. Nach Reibmayr werden die Kulturträger überall von einer Inzuchtkaste geliefert, die die intellektuelle Führung übernimmt und sich eine Zeitlang an der Spitze eines Volkes hält, und von den Ptolemäern und den Inkas hören wir sogar, daß sie durch mehr als ein Dutzend Generationen nur Geschwisterehen geschlossen haben, ohne der Degeneration zu verfallen. Auch deshalb ist es unwahrscheinlich, daß die Inzucht oft und viel schadet, weil sie so häufig vorkommt. Wir würden sonst ihre Wirkungen längst überall spüren. Nach den genealogischen Untersuchungen von Lorenz müssen in den meisten ländlichen Orten Europas die Menschen hundert- und tausendfach miteinander verwandt sein, einfach weil die theoretische Zahl ihrer Ahnen viel größer ist, als die tatsächliche Bevölkerung in früheren Jahrhunderten gewesen war. Schon in der 16. Generation haben wir mehr als 65 000 Ahnen!

Ebenso selbstverständlich werden aber in einer Familie vorhandene pathologische Anlagen durch Verwandtenehen verstärkt und die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung damit auf das Doppelte erhöht. Infolgedessen sind die consanguinen Ehen bei den Eltern von Idioten und Imbezillen etwas häufiger (10%), als bei der übrigen Bevölkerung (6,5 %. Majet).

Differentialdiagnostische Bedeutung der Belastung.

Im ganzen werden wir also den Nachweis der erblichen Belastung für die allgemeine Diagnose einer psychischen Störung nur sehr selten benutzen können. Anders liegen die Dinge, wenn die Psychose als solche feststeht, und nur ihre besondere Form, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankheits-



gruppe festgestellt werden soll. Zahlreiche Untersuchungen haben wahrscheinlich gemacht, daß bestimmte Erkrankungen in manchen Familien in einer gewissen Häufung auftreten, und daß sie nur ausnahmsweise mit anderen abwechseln. Das manisch-depressive Irresein z. B. neigt als rein endogene Krankheit zur Vererbung, ja sogar seine Unterformen wie die Cyklothymie, die konstitutionelle Erregung und Depression pflegen sich nicht selten in annähernd gleicher Gestalt bei mehreren Gliedern derselben Familie zu zeigen. Ähnlich verhalten sich gewisse paranoische und die meisten anderen psychopathischen Veranlagungen einschließlich der hysterischen. Manisch-depressives Irresein aber und Schizophrenie schließen sich bis zu einem gewissen Grade aus; sie finden sich nur ausnahmsweise in einer Familie, während die Dementia praecox für sich nicht ganz selten wenigstens bei Geschwistern beobachtet wird. Diese Tatsachen können bei der Diagnose zweifelhafter Fälle in der Tat einigermaßen ins Gewicht fallen; darüber hinaus Schlüsse aus den erblichen Beziehungen eines Menschen ziehen zu wollen, ist nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse nicht erlaubt.

b) Keimschädigung.

Außer durch erbliche Einflüsse im eigentlichen Sinn kann jedoch die geistige Gesundheit eines Menschen durch andere bei seiner Entstehung wirksame Momente gefährdet werden, die früher häufig irrtümlich der Vererbung zugerechnet worden sind und die man heute unter der Bezeichnung Keimschädigung zusammenfaßt.

Gifte.

Die Biologie hat schon lange mit einem Einfluß des Klimas und der Ernährung z. B. auf die Keimzellen gerechnet. Gesicherter sind die Erfahrungen der Klinik, nach denen bestimmte Gifte, wie Alkohol, Blei, Quecksilber, die die Erzeuger aufnehmen, auch ihre Nachkommenschaft schädigen. Über das Maß dieser Schädigung steht Genaues freilich nicht fest, und selbst der Einfluß des Alkohols auf die Nachkommenschaft ist bisher keineswegs so klar gestellt worden, wie es nach manchen populären Darstellungen der Fall zu sein scheint. Die Schwierigkeiten, die die Erkennung dieser Zusammenhänge hindern, sind leicht einzusehen: im großen und ganzen werden nur psychisch abnorme Menschen zu Trinkern; beobachten wir also bei ihren Deszendenten Krankheiten, so könnten auch einfach erbliche Beziehungen bestehen. Dazu kommt, daß die Kinder von Trinkern häufig selbst früh anfangen zu trinken, sich also auch direkt geschädigt haben können, wenn sie psychotisch werden. Trotzdem machen wohl alle Kliniker den Alkoholmißbrauch der Erzeuger für manche Fälle von Idiotie und von Epilepsie verantwortlich. Jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehrt dagegen die immer wiederkehrende Behauptung, „die Zeugung im Rausch“ sei besonders geeignet, schwachsinnige Individuen hervorzubringen.

Gelegentlich kann man übrigens auch umgekehrt aus dem Verhalten der Nachkommenschaft — vorausgesetzt, daß andere Gifte einschließlich der Syphilis nicht in Frage kommen — auf den Alkoholmißbrauch des Vaters zurückschließen. Der Alkohol verringert die Zahl der lebensfähigen Kinder;

Aborte und Totgeburten sind in Trinkerfamilien an der Tagesordnung, und ein großer Teil der lebend geborenen Kinder stirbt in den ersten Lebensjahren an Krämpfen, allgemeiner Schwäche oder infolge einer abnorm geringen Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten. So hat nach einer Feststellung der Münchener Klinik bei einer Serie von schweren Alkoholisten die Gesamtzahl der Nachkommen die der Eltern schon zu deren Lebzeiten nicht mehr erreicht.

Noch schlimmer als der Alkohol beeinflussen die Deszendenz das Quecksilber (Kußmaul) und das Blei. Wieder ist der Abort die häufigste Folge, aber außerdem scheinen die lebenden Kinder schwächlich und oft zu nervösen Krankheiten disponiert zu sein.

Infektionen.

Über die Keimschädigung durch die Syphilis verdanken wir namentlich den letzten Jahren wertvolle Aufschlüsse, die zum Teil mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion gewonnen worden sind. Auch die Lues führt, außer zur Dezimierung der Rasse (Finger) durch Aborte, Totgeburten etc., zu einer Entartung mindestens der nächsten Generation. Sicher sind manche Fälle von Epilepsie und viele von angeborenem Schwachsinn auf diese Ursache zurückzuführen.

Endlich aber gilt wahrscheinlich das, was für die Lues feststeht, wenn auch in geringerem Grade für sehr viele Infektionskrankheiten. Wiederholt ist behauptet worden, die Tuberkulose der Eltern gefährde die nervöse Gesundheit der Kinder, und neuerdings hat man gegen die Malaria den gleichen Vorwurf erhoben. Über die übrigen Infektionskrankheiten liegen exakte Daten nicht vor, aber die Möglichkeit besteht, daß auch Influenza, Typhus und viele andere Leiden dieser Art die Nachkommenschaft schädigen.

Allgemeinleiden.

Vielleicht muß der Begriff der Keimschädigung sogar noch weiter ausgedehnt werden. Möglicherweise spielt diese Ätiologie bei der Entstehung nervöser Konstitutionen eine Rolle, die über die Wirkung von Infektionen und Intoxikationen noch erheblich hinausgeht. Es ist geradezu wahrscheinlich, daß schwere erschöpfende und allgemeine Krankheiten wie Karzinose, Arthritis, Gicht, Diabetes, Anämie, Leukämie und Chlorose (Binswanger) und daß schwächende Momente überhaupt die nervöse Widerstandskraft des nächsten Geschlechts vermindern. Binswanger berichtet über Erfahrungen, die deutlich für eine Entstehung einer neuropathischen Anlage aus intrauterin erlittenen Schädlichkeiten sprechen. Schnelle Geburtenfolge und Zwillingsgeburten z. B. kommen dabei in Betracht, Vorgänge also, deren Bedeutung für die Lebensfähigkeit der Kinder ganz feststeht. Ja möglicherweise lassen sich auf diese Weise manche Behauptungen aufklären, die wohl oft bestritten, aber nie widerlegt worden sind. So die, daß zu hohes oder zu niedriges Alter der Eltern den Kindern verhängnisvoll werden könne, oder daß gerade die Erstgeborenen häufig körperlich und geistig minderwertig seien. Sicher bleiben gelegentlich Momente, die während der Gravidität das psychische oder das physische Gleichgewicht der Mutter stören, für die nervöse Gesundheit der Kinder nicht gleichgültig.



Formen. „Polymorphismus."

Was nun die Art der nervösen Störungen angeht, die durch Keimvergiftungen herbeigeführt werden können, so ist in erster Linie die Imbezillität in allen ihren Graden zu nennen. Wahrscheinlich ist ferner, daß die mannigfachen Formen der konstitutionellen Nervosität häufig auf diesem Wege zustande kommen, und wenn wir das annehmen, so werden wir uns zugleich dem Verständnis der Tatsachen nähern, die früher zu der Lehre von dem „Polymorphismus" der Vererbung Veranlassung gegeben haben. Mit der biologischen Vererbungslehre läßt sich, wie wir gesehen haben, die Annahme, daß die neuropathische Disposition „die Matrix für die Entwicklung verschiedenartiger Nerven- und Geisteskrankheiten" darstellt (Binswanger), schlechterdings nicht in Einklang bringen; wohl aber wird sie verständlich, wenn wir die nervöse Anlage als eine häufige Folge von Keimschädigungen ansehen. Vielleicht ist die Nervosität gerade deshalb nicht bloß so häufig, sondern auch so proteusartig vielgestaltig, weil es in den zahllosen Formen der Keimschädigung recht verschiedenartige Ursachen ihrer Entstehung gibt. Sehr zahlreiche sog. Neuropathen und Neurastheniker sind einfach körperlich schwächliche und nur deshalb auch nervös weniger rüstige Menschen. Diese körperliche Schwäche vermögen sie zwar nicht zu vererben, wohl aber auf dem Wege der Keimschädigung zu übertragen, und so braucht sich die Form, in der ihre eigene nervöse Unzulänglichkeit auftritt, bei ihren Nachkommen nicht zu wiederholen, obwohl auch diese als Neuropathen geboren werden. Bei dieser Auffassung des Vorgangs versteht sich der Polymorphismus beinahe von selbst, und das um so mehr, als wir heute in der Lehre von der inneren Sekretion genügende Grundlagen für die Annahme besitzen, daß die Erkrankung oder die Schwäche verschiedener innerer Organe das nervöse System gelegentlich auch sekundär in Mitleidenschaft ziehen.

c) Intrauterinleiden etc.

Natürlich lassen sich die Keimschädigungen in ihrer Wirkung auf das Nervensystem nicht streng von den Krankheiten trennen, die das Kind im intrauterinen Leben oder während der ersten Kinderjahre treffen. Zu nennen sind hier schwere Infektionskrankheiten, auch wenn sie nicht zur Enzephalitis oder zur Meningitis, sondern nur zu einer allgemeinen Konstitutionsschwäche führen, ferner langdauernde und schwere Geburten (Zangenextraktion), schließlich ungenügende oder ungeeignete Ernährung (Flaschenkinder!) in der ersten Kindheit.

d) Andere Krankheitsursachen.

Von ätiologischen Faktoren, die einen gesund geborenen Menschen psychopathisch machen können und nach denen deshalb geforscht werden muß, sind besonders zu beachten unzweckmäßige Erziehung, unglückliche Familienverhältnisse, Berufsschädigungen, Unfälle, der Mißbrauch von Alkohol, Morphium, Opium, Veronal u. dgl., Infektionskrankheiten mit der Lues an der Spitze und schwere gemütliche Aufregungen.

Im ganzen ist die ätiologische Bedeutung auch dieser Faktoren heute nicht mehr so sicher, wie es früher der Fall zu sein schien. Fest steht, daß niemand paralytisch wird, der nicht vorher syphilitisch gewesen ist. Die relative Häufigkeit von Geistesstörungen im Rückbildungsalter weist auf einen Zusammenhang zwischen dem Klimakterium bzw. der Involution überhaupt und diesen Psychosen hin. Psychosen nach Kopfverletzungen, nach Blutverlusten, nach Geburten etc. dagegen sind verhältnismäßig so selten, daß diese Momente ätiologisch nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Die bloße Erschöpfung endlich führt, wie namentlich auch der Weltkrieg gezeigt hat, nicht zur Geisteskrankheit.

Auch die früher oft aufgestellte Behauptung, daß in der Masturbation eine häufige Ursache geistiger Störungen zu sehen sei, kann heute als widerlegt gelten. Dagegen ist richtig, daß exzessive Onanie oft eine Äußerung der Psychopathie oder das Symptom einer beginnenden Psychose (Hebephrenie) darstellt.

Psychische Ursachen.

Etwas größer ist heute wieder die Bedeutung geworden, die wir den psychischen Ursachen geistiger Erkrankungen zuschreiben. Daß die psychologischen Erklärungen, die uns die Kranken selbst und ihre Angehörigen gewöhnlich mitbringen, fast immer falsch sind, gilt freilich auch heute noch. Man wird im allgemeinen nicht geisteskrank durch unglückliche Liebe, durch geschäftliche Sorgen und dienstliche Aufregungen; aber daß gelegentlich nicht bloß eine Depression, sondern auch eine Manie durch einen Todesfall in der Familie, durch eine Verlobung oder ihre Auflösung, durch geschäftliche Verluste oder durch die Versetzung in ein neues verantwortliches Amt ausgelöst werden, kann nicht bestritten werden. Insbesondere häufig sind bei dazu Disponierten in solchen Fällen reaktive Depressionen (Reiß). Mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit führen die Haft und ferner Unfälle bei versicherten Personen zu psychischen Erkrankungen. Schließlich sei daran erinnert, daß Psychosen auch induziert, d. h. von einem Individuum auf ein anderes übertragen werden können. Die zuletzt genannten Fälle bilden — mit manchen hypochondrischen und hysterischen — insofern eine Gruppe für sich, als sie nicht bloß überhaupt durch psychische Anlässe, sondern auf psychogenem Wege, durch Vermittlung von Erwartungsvorstellungen ausgelöst werden. Es sei in dieser Hinsicht auf den Abschnitt über pathologische Suggestibilität verwiesen.

Nicht zuzugeben ist die ebenfalls früher oft aufgestellte Behauptung, daß geistige Überarbeitung zu psychischen Erkrankungen führen könnte. Wo wir diesen Behauptungen begegnen, handelt es sich meist um Männer in der zweiten Hälfte des Lebens, die im Beginn ihres Leidens durch mangelhafte Leistungen aufgefallen sind oder auch nur selbst unter dem zunehmenden Gefühl der subjektiven Leistungsunfähigkeit gearbeitet und darüber geklagt haben. Das sind dann gewöhnlich die Vorboten der progressiven Paralyse oder der Hirnarteriosklerose oder aber die Symptome eines mit psycho-motorischer Hemmung verbundenen Depressionszustandes. Wirklich schädlich wirkt wohl nur der Druck dauernder schwerer Verantwortung oder die mit Schlafentziehung und Sorgen verbundene Überarbeitung, wie sie z. B. bei der Pflege von kranken Familienangehörigen gelegentlich notwendig wird.

2. Krankheitsäußerungen.

Psychopathie.

Sind alle ätiologischen Faktoren erörtert worden, so wenden wir uns den Äußerungen einer etwa bestehenden psychopathischen Anlage bzw. den ersten Symptomen der vorliegenden Krankheit zu. Regelmäßig zu fragen ist nach Krämpfen in der ersten Kindheit, wobei freilich eine genaue Schilderung der Anfälle verlangt werden muß. Daß bei bestimmten Anlässen (Zahnen) aufgetretene Krämpfe nicht immer als ein für die Zukunft bedrohliches Symptom angesehen werden müssen, braucht kaum erwähnt zu werden. Von anderen Funktionsstörungen, die in der Anamnese von Psychopathen häufig berichtet werden, seien besonders erwähnt: nächtliches Bettnässen, schlechter unruhiger Schlaf, Nachtwandeln, plötzliches Aufschrecken oder Aufschreien aus dem Schlaf, nächtliches Zähneknirschen, Migräne, Ohnmachten, unausrottbares Nägelkauen, Zupfen an den Fingern, abnorm frühe oder späte Geschlechtsreife, frühzeitige Masturbation, Idiosynkrasie gegen Milch, Eier u. dgl., übertriebene Furcht vor Tieren, Gespenstern etc., deliriöse Zustände bei kleinem (seelische Erregung, körperliche Überanstrengung, geringes Fieber, Verdauungsbeschwerden) oder ohne äußeren Anlaß, Angst- und Wutanfälle. Mehrere von diesen Symptomen haben eine Zeitlang als ziemlich sichere Anzeichen einer epileptischen Gehirnanlage gegolten — wie die weitere Forschung gelehrt hat, mit Unrecht. Gewiß kann das Bettnässen infolge nächtlicher epileptischer Anfälle auftreten, aber es ist häufiger die Folge des Schwachsinns oder einer bloßen nervösen Funktionsschwäche, und insbesondere da, wo es ziemlich regelmäßig jede Nacht beobachtet wird, wird man es mit epileptischen Anfällen nicht in Verbindung bringen dürfen. (Die Beherrschung der Blasen- und Mastdarmreflexe wird von Gesunden spätestens im 3. Lebensjahr erlernt). Noch weniger für Epilepsie typisch sind somnambule Zustände in früher Kindheit, die viel häufiger eine hysterische Veranlagung oder auch nur eine psychopathische Konstitution überhaupt beweisen.

Geistige Entwicklung.

Besonders wichtig ist es natürlich, durch eine Exploration der Eltern über das Tempo der nervösen und insbesondere der geistigen Entwicklung eines Kranken möglichst genaue Auskunft zu erhalten. Ein Durchschnittskind pflegt am Ende des ersten halben Jahres das Sitzen, im 9. oder 10. Monat das Stehen und zwischen den 12. und 18. Monat das Gehen zu lernen. Das Greifen nach einem Gegenstand erfolgt zuerst zwischen dem 6. und 7. Monat. Die ersten Sprechversuche werden am Ende des ersten oder zu Beginn des 2. Jahres gemacht. Mit Verständnis wird aber selten vor dem 16. Monat gesprochen.

Alle diese Entwicklungen erfolgen bei manchen Psychopathen früher, bei Schwachsinnigen, häufig aber auch bei bloß nervösen Kindern später. Kleine Abweichungen vom Durchschnitt sind diagnostisch nicht brauchbar; so wird ausnahmsweise das Sprechen auch von intelligenten Menschen erst im vierten Lebensjahr erlernt.

Andere Störungen der geistigen Entwicklung, die sich bei der einmaligen Untersuchung nicht ohne weiteres auffinden lassen, erfahren wir von intelli-

genten Eltern und gelegentlich auch von den Kranken selbst, wenn wir mit ihnen die Schicksale auf der Schule durchsprechen. Besonderheiten des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Affekterregbarkeit werden dabei klar gestellt werden. Für die Beurteilung von manchen Symptomen, die bei solchen Unterhaltungen angegeben zu werden pflegen, gilt auch heute noch der Satz, daß die psychopathische Anlage am regelmäßigsten in einer unharmonischen Ausbildung der einzelnen psychischen Qualitäten, in der Ungleichmäßigkeit der psychischen Entwicklung also, zum Ausdruck kommt. Insofern können eine abnorme Phantasietätigkeit, ein auffallendes Mißverhältnis zwischen den einzelnen intellektuellen Fähigkeiten oder die Verbindung von frühzeitig entwickelten Talenten (für Musik, Malerei etc.) mit allgemeiner Verstandesschwäche diagnostisch ebenso wertvoll werden wie analoge Abweichungen nach der gemütlichen Seite hin, abnorme Kühle im Verhältnis zu den nächsten Angehörigen, unmotivierte Verstimmungen meist depressiver Art, schnell anschwellende oder abnorm lange nachklingende Affekte und ähnliches. Besonders zu achten ist bei Psychopathen auf eine etwaige frühzeitige Neigung zu Angstzuständen, mit oder ohne die Verbindung mit vasomotorischen und sonstigen körperlichen Störungen (Pollutionen bei Klassenarbeiten etc.).

Charakter.

So werden wir bei der Exploration des Kranken allmählich in die Erörterung seiner Charakteranlagen überhaupt eintreten. Sein Verhalten während der vorherigen Exploration wird uns Fingerzeige geben, denen wir nachzugehen haben. Besteht der Verdacht auf hysterische Reaktionen, so wird man nach kurz oder langdauernden Ohnmachten, nach Krämpfen oder Lähmungszuständen, Aphonie u. dgl. fragen; auf einen hysterischen Charakter deutet es, wenn Kinder früh bestrebt sind, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, auf ihr Aussehen, ihre Bewegungen zu achten, und wenn sie auf diese Weise früh ein unnatürliches, gemachtes, altkluges Wesen annehmen. Bei anderen Kranken werden wir Veranlassung finden, ihr Verhältnis zu ihren Mitmenschen, Familienmitgliedern, Freunden, Kameraden, Vorgesetzten und Untergebenen näher zu beleuchten. Insbesondere eine querulatorische Veranlagung oder aber auch eine übergroße Empfindsamkeit wird so, vielleicht ohne daß der Kranke selbst etwas davon merkt, deutlich werden. Wichtig ist dabei, daß man dem Kranken Gelegenheit gibt, sich ganz auszusprechen — alles andere ist Sache des Takts, der sich zwar einigermaßen erlernen, nicht aber lehren läßt.

Manisch depressives Irresein.

Regelmäßig zu fragen ist selbstverständlich nach periodischen Schwankungen der Stimmung; auch hier führt aber eine direkte und nicht näher begründete Frage selten zum Ziel. Selbst gebildete Menschen machen für gelegentliche traurige Verstimmungen beinahe regelmäßig äußere Anlässe verantwortlich, oder aber sie halten die häufigen körperlichen Begleiterscheinungen wie Magen- und Herzsymptome, Schlafstörungen etc. zu Unrecht für die Ursache der Depression. Der Arzt wiederum ist in der umgekehrten Gefahr, aus einer vorgefaßten Meinung heraus diese häufig wirklich gegebenen Zusammenhänge gewaltsam zur Diagnose der Periodizität

umzustempeln, und so sind hier eingehende und mit konkreten Angaben belegte Erörterungen am Platze. Besonders wertvoll ist die spontan oder wenigstens auf Befragen schnell gemachte Angabe, daß der Kranke sich zeitweise schwer entschließen könne, daß ihm schon das Aufstehen, ebenso aber das Briefschreiben usf. schwer geworden sei. Hypomanische Phasen werden bekanntlich von den Kranken nachträglich nicht bloß falsch gedeutet, sondern überhaupt nicht als auffallend und krank betrachtet. Hier werden wir uns also gegebenenfalls schon mit der Angabe begnügen müssen, daß die gemütlichen Depressionen durch Zeiten körperlichen und seelischen Wohlbefindens unterbrochen wurden. Von Bedeutung sind übrigens für die Diagnose der Periodizität auch Angaben über unmotivierte Gewichtsschwankungen.

Epileptische Antecedentien.

Eine noch größere Rolle als beim manisch-depressiven Irresein spielt die Anamnese bei der Erkennung der Epilepsie. Häufig stehen wir der Aufgabe gegenüber, das Vorhandensein dieser Krankheit festzustellen, ohne daß wir ihre groben und diagnostisch eindeutigen Äußerungen selbst zu Gesicht bekommen. Da wo körperliche Überbleibsel früherer Anfälle (Zungenbiß etc.) und schwere psychische Veränderungen fehlen, müssen wir unserem Urteil die nachträgliche Schilderung epileptischer Bewußtseinstrübungen zugrunde legen. Es sei deshalb in dieser Hinsicht auf den Abschnitt „Bewußtseinsstörungen“ verwiesen, dessen Kenntnis für die Aufnahme einer entsprechenden Anamnese Voraussetzung bildet.

Paralyse etc.

Bei der Erkennung der Verblödungsprozesse spielt die Anamnese im großen und ganzen nicht dieselbe Rolle wie bei der Diagnose der Psychopathie, des manisch-depressiven Irreseins und der Epilepsie. Selbst bei der progressiven Paralyse sind wir heute seltener als früher darauf angewiesen, uns auf die zumeist wenig brauchbaren Angaben der Angehörigen zu verlassen. Immerhin sei auch hier schon betont, daß jede Veränderung auf psychischem Gebiet, die bei einem bis dahin gesunden Manne im mittleren Lebensalter zum erstenmal auftritt, den Verdacht auf den Beginn einer Paralyse erwecken muß. Der Kranke braucht deshalb nicht gleich vergessen zu haben, daß $3 \times 3 = 9$ ist, er muß nicht einmal von vornherein reizbar, vergeßlich, leicht ermüdbar oder salopp im Umgang geworden sein. Es ist schon verdächtig, wenn einer unsolide wird, wo er vorher pedantisch, oder menschenscheu, wo er vorher gesellig gewesen war, und wenn früher selbstbewußte Menschen schüchtern und unsicher, zurückhaltende unternehmend und lustig werden. Kurz jede Charakteränderung genügt, — aber daß sie vorliegt, ist wie gesagt nicht immer leicht zu erfahren. Die Angehörigen haben in solchen Fällen stets eine Erklärung zur Hand, die durch das Prinzip der Verwechslung von Ursache und Wirkung bestimmt wird. Die Kranken sind gereizt und nervös geworden, weil sie zu viel gearbeitet haben oder weil sie Mißhelligkeiten irgendwelcher Art bedrücken; sie sind mißmutig, stumpf und roh, weil sie trinken, selbstbewußt, weil sie in letzter Zeit Ausgezeichnetes geleistet, oder deprimiert, weil sie Mißerfolge gehabt haben usf.

Dementia praecox.

Bei der Schizophrenie ist die Aufgabe, die wir bei der Anamnese den Angehörigen (und den Kranken selbst) stellen müssen, noch schwerer zu lösen, als wenn es sich um eine Paralyse handelt, und so ist es kein Wunder, daß die ersten Anfänge dieser ja häufig schleichend einsetzenden Krankheit von der Familie fast immer übersehen werden. Für den Arzt wieder besteht hier die entgegengesetzte Gefahr, daß er nämlich Eigentümlichkeiten der normalen Pubertät, wie die Ungezogenheiten der Flegeljahre und die Schwärmereien des Backfischalters, zu Unrecht für die Symptome der Hebephrenie hält. Tatsächlich sind Züge, die in diesem Lebensalter auch bei Normalen vorzukommen pflegen, wie das läppische, alberne Wesen, das gesteigerte Selbstgefühl, die Neigung, sich mit den tiefsten Problemen des Daseins zu beschäftigen, Erfindungen zu machen oder zu dichten, die Freude an großen Worten oder an stereotypen Redewendungen und Manieren, im Beginn der Hebephrenie häufig; aber in der durch psychologische Erklärungen komplizierten Form, in der die Angehörigen darüber gewöhnlich berichten, lassen sie sich, wenn es sich um sehr junge Individuen handelt, von normalen Eigentümlichkeiten nicht leicht unterscheiden. Beweisender ist es schon, wenn die Eltern spontan davon sprechen, daß der Kranke seit längerer Zeit still, verträumt, interesselos und gleichgültig, kühl und gefühlsarm geworden sei. Bei etwas älteren Fällen wird uns die Diagnose durch die sozialen Mißerfolge, das Scheitern auf der Schule oder auf der Universität, das Herabsinken aus einem höheren zu einem untergeordneten Beruf oder gar zum Landstreicher erleichtert.

B. Allgemeine Symptomatologie.

I. Störungen des Wahrnehmens.

Die einfache Selbstbeobachtung zeigt, daß schon die gesunden Sinne nicht ganz ohne Fehler arbeiten. Außer durch die Wirkung bestimmter physikalischer Gesetze (optische Täuschung!) und durch Mängel im Bau der Sinnesorgane werden unsere Wahrnehmungen auch durch gewisse Eigentümlichkeiten unserer Psyche ständig verfälscht und gestört. Wer je eine Korrektur gelesen hat, weiß, wie viele Druckfehler uns durchschnittlich entgehen, und daß wir beim Lesen nicht Buchstaben für Buchstaben, sondern ganze Sätze und Reihen in unser Bewußtsein aufnehmen. Einzelheiten werden übersehen oder aber, wenn sie fehlen, ergänzt. Der Grad dieser Ungenauigkeit ist bekanntlich dem Maße der jeweilig vorhandenen Aufmerksamkeit umgekehrt proportional.

Damit hängt zusammen, daß die Schärfe der Sinneswahrnehmungen auch beim Gesunden zeitlichen Schwankungen unterliegt; sie ist größer, wenn wir frisch, ausgeruht, interessiert sind, und sie läßt nach in Zuständen der Ermüdung und der Abspannung. Kinder beobachten schärfer als Erwachsene, weil sie noch nicht gewohnt sind, die Einzelwahrnehmung allgemeinen Begriffen unterzuordnen; der Erwachsene reiht neu gemachte Erfahrungen in schon vorhandene Kategorien ein und ist deshalb gefährdet, bei der Erfassung des Wesentlichen die Details nicht zu bemerken.

Auch sonst bestehen auf dem Gebiete der Sinneswahrnehmung große individuelle Unterschiede. Manche Menschen besitzen ein besseres Anschauungsvermögen als andere, und auch bei ein und demselben Individuum pflegen nicht alle Sinne gleich tüchtig zu sein. Der eine faßt optisch besser auf und der andere akustisch — nur beruhen diese Unterschiede, wie eine genauere Analyse gezeigt hat, nicht sowohl auf Differenzen des Empfindungsvermögens als auf solchen der Vorstellungstätigkeit. Nicht die Wahrnehmung, sondern die Erinnerung an sie ist bei dem einen plastischer und anschaulicher als bei dem andern.

a) Sensorielle Hyper- und Hypästhesien.

Eine krankhafte Überempfindlichkeit kleinsten Sinnesreizen gegenüber ist den meisten Gesunden aus manchen Zuständen nervöser Erschöpfung bekannt. In den Schilderungen neurasthenischer Zustände kehrt sie unter dem Schlagwort der „reizbaren Schwäche" regelmäßig wieder. Es ist aber zweifelhaft, ob diese Hyperästhesien wirklich als Störungen der Empfindung

angesehen werden dürfen. Zumeist ist wohl nur der die Wahrnehmung begleitende Gefühlston verstärkt. Das beweisen schon die Widersprüche im Verhalten dieser Kranken, die mehr unter der Rücksichtslosigkeit ihrer angeblich zu lauten Umgebung als unter den tatsächlich vorhandenen Geräuschen leiden und die einen selbst verursachten Lärm gar nicht als solchen bemerken. Daß aber ausnahmsweise eine wirkliche Verschiebung der Reizschwelle vorkommt, hat sich experimentell feststellen lassen (vgl. später über ein objektives Zeichen der nervösen Erschöpfung).

Einer Hypästhesie den Sinnesreizen gegenüber begegnen wir am häufigsten als der Teilerscheinung einer allgemeinen Herabsetzung der seelischen Ansprechbarkeit, die als Wirkung sehr starker Affekte bekanntlich auch bei Gesunden beobachtet wird. Vor Schreck kann uns „Hören und Sehen vergehen", in der Angst werden sonst sehr schmerzhafte Reize nicht empfunden und in der Wut keine Warnung und kein Hindernis beachtet. Ob eine wirkliche Erhöhung der Reizschwelle bei allen Stuporen vorausgesetzt werden muß, steht dahin; die Tatsache, daß die Kranken auf Reize nicht antworten, läßt Rückschlüsse auf deren unmittelbare sinnliche Wirkung natürlich noch nicht zu. Häufig sind wohl nur der Gefühlston und damit die Aufmerksamkeit verändert.

Verdrängung.

Größer ist die diagnostische Bedeutung jener Störungen, in denen die Wahrnehmungen eines ganzen Sinnesgebietes oder irgend einer Gruppe von Empfindungen sonst vom Bewußtsein nicht zugelassen, abgespalten oder verdrängt werden — gleichviel wie man sich den Vorgang im einzelnen vorstellen mag. So beruhen bekanntlich die hysterische Anästhesie und Analgesie, die psychogene Blindheit und Taubheit lediglich auf der Erwartung des Patienten, auf dem betreffenden Sinnesgebiet nichts erleben zu können. Wird diese Vermutung beseitigt oder der Kranke über die Bedingungen der einzelnen Wahrnehmung getäuscht, so verschwindet die Störung; deshalb sehen hysterische Menschen von sich nicht voll entsprechenden stereoskopischen Bildern auch die nur dem „blinden" Auge zugänglichen Teile. Die anatomischen und physiologischen Voraussetzungen des Sehaktes sind bei ihnen wie bei Gesunden gegeben, und die einzige — psychische — Ursache ihrer Blindheit, die Idee, mit dem einen Auge nicht sehen zu können, wird durch die erwähnte Versuchsanordnung beseitigt; die Patienten glauben, das ganze Bild mit dem gesunden Auge erkennen zu können, und so erkennen sie es wirklich. Das gleiche gilt für viele ähnliche Proben, die gewöhnlich Simulanten entlarven sollen, die aber zwischen diesen und hysterischen Menschen keineswegs unterscheiden lassen.

Unbesinnlichkeit.

Endlich beobachten wir rein quantitative Störungen der Wahrnehmung bei Senilen und bei Korsakow-Kranken. Bei beiden handelt es sich in erster Linie um Auffassungsstörungen; noch ehe der in seiner Dauer verlängerte Wahrnehmungsvorgang zum Abschluß gekommen ist, werden die im Anfang erfaßten Elemente wieder vergessen; das Ergebnis ist die Unbesinnlichkeit, das Sichnichtzurechtfindenkönnen, das viele Patienten dieser Art auszeichnet.

b) Sinnestäuschungen.

Gewisse qualitative Veränderungen der Empfindungen, die noch nicht zu den eigentlichen Sinnestäuschungen gehören, beobachten wir als Wirkung einzelner Gifte; erinnert sei an Xanthopsie, Chloropsie und Erythropsie. Die Gegenstände werden in normaler Gestalt, aber in falscher Farbe gesehen. In mancher Hinsicht ähnlich verhalten sich die Fälle von Mikropsie und Makropsie, bei denen die gesehenen Objekte als kleiner oder als größer erscheinen, wieder ohne daß deshalb der Kranke zu einer wirklich verfälschten Beurteilung der Umgebung gelangt. Insofern braucht auf die Entstehung dieser Störungen an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden.

Die Darstellung der eigentlichen Sinnestäuschungen im Sinne der Psychiatrie begegnet großen Schwierigkeiten, und zwar ist hier merkwürdigerweise die klinische Forschung durch die vorwiegend theoretische Behandlung der Probleme nicht unerheblich geschädigt worden. Noch heute ist die Klage berechtigt, die Kandinski vor 30 Jahren erhoben hat, daß nämlich die gesamte ungeheure Literatur nur sehr wenige genaue, tatsächliche Beobachtungen enthielte. Zudem hat die völlige Fruchtlosigkeit dieser theoretischen Bemühungen von jeher das Einordnen der klinischen Tatsachen erschwert, und so ist heute nicht einmal das möglich, die vorhandene Kasuistik wenigstens ganz aufzufinden und zu verwerten.

Bei unserer eigenen Darstellung soll von theoretischen Erwägungen soweit wie irgend möglich abgesehen und die herkömmliche Einteilung in Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen nur zur vorläufigen Orientierung beibehalten werden, ohne daß wir damit festzulegen beabsichtigen: weder daß sich die mit diesen Worten bezeichneten Tatbestände scharf voneinander trennen lassen, noch daß überhaupt jeder von ihnen in reiner Form vorkommt.

1. Definitionen.

Unter Halluzinationen versteht man sinnlich völlig deutliche Wahrnehmungen, denen kein äußeres Objekt entspricht. Diese Wahrnehmungen sollen sich also subjektiv von denen des Gesunden überhaupt nicht unterscheiden, obwohl sie jeden objektiven Anlasses entbehren; für sie gilt der berühmt gewordene Satz Kraepelins: Die Kranken glauben nicht bloß zu sehen und zu hören, sondern sie sehen und hören wirklich.

Illusionen dagegen sind sinnlich deutliche Wahrnehmungen, in denen ein vorhandenes Objekt verkannt wird, oder um den Tatbestand mit Jaspers psychologisch korrekt auszudrücken: in denen sich äußere Sinnesreize mit reproduzierten Elementen so zu einer Einheit verbinden, daß die direkten von den reproduzierten Empfindungselementen nicht unterschieden werden.

Pseudohalluzinationen endlich sind lebhafte Phantasievorstellungen, die unabhängig vom Willen auftreten und vermöge ihrer krankhaft gesteigerten sinnlichen Deutlichkeit gelegentlich mit wirklichen Wahrnehmungen verwechselt werden.

2. Psychologische Vorbemerkungen.

Unseres Erachtens verbinden diese drei Arten von Trugwahrnehmungen mehrfache Übergänge; ehe aber auf diese eingegangen werden soll, mögen zunächst die Beziehungen erörtert werden, die wenigstens die Illusionen und die Pseudohalluzinationen zu normalen psychischen Erlebnissen besitzen.

Wahrnehmung und Vorstellung.

Um die Besprechung der Pseudohalluzinationen (und damit indirekt auch die der Halluzinationen) vorzubereiten, mag kurz an den Unterschied erinnert werden, der normalerweise zwischen Wahrnehmungen und Vorstellungen besteht. Das entscheidende Kriterium liegt bekanntlich in der sinnlichen Deutlichkeit, der „Leibhaftigkeit" (Jaspers), die den Vorstellungen, wie die einen sagen, ganz, wie die andern meinen, mehr oder minder abgeht. Mit diesem Erlebnis der Leibhaftigkeit hängt zusammen, daß wahrgenommene Gegenstände in den äußeren Raum verlegt werden, sich in der Wahrnehmung nicht verändern und vom Willen des Beobachters nicht abhängen. Die Vorstellungen dagegen sind unvollständig und unbestimmt, schemenhaft und mehr oder minder farblos; sie werden nicht nach außen projiziert, sondern unräumlich, im „Vorstellungsraum" erlebt und werden endlich vom Willen beherrscht.

So scheint zwischen beiden Erlebnissen eine Kluft zu bestehen, die Jaspers sogar für unübersteigbar erklärt. Der Autor ist der Meinung, die Übergänge, die hier vielfach angenommen würden, kämen, soweit es das unmittelbare sinnliche Erlebnis anginge, tatsächlich nicht vor; der Charakter der Leibhaftigkeit ginge auch den lebhaftesten Vorstellungen stets ab, und wenn sie von Kranken gelegentlich doch mit Wahrnehmungen verwechselt würden, so handle es sich um eine Störung des Urteils, nicht des primären sinnlichen Vorgangs. In der Tat muß darin nach Jaspers Vorgang scharf unterschieden werden: das Realitätsurteil, das das Vorhandensein eines wahrgenommenen oder vorgestellten Gegenstandes bejaht oder verneint, und die Leibhaftigkeit, die den wahrgenommenen Objekten zukommt und den nur vorgestellten fehlt, haben miteinander gar nichts gemein. Eine helle Stelle an der Wand besitzt volle sinnliche Deutlichkeit auch dann noch, wenn ihre Entstehung aus einem reflektierten Sonnenstrahl erkannt und das ursprüngliche Realitätsurteil: da ist ein Fleck in der Tapete, längst korrigiert worden ist [1]). Ja ebenso leibhaftig sind sogar Phänomene, die in unserem Körper im Verlaufe der Sinnesbahn entstehen, wie die Nachbilder des Auges, die infolge einer intensiven Reizung der Netzhaut, wie die Sensationen in der Hand, die durch einen Stoß gegen den Ulnaris (Musikantenknochen), oder wie endlich die Schmerzen in längst amputierten Gliedern, die durch den Narbenzug an den Nervenstümpfen zustande kommen. Das alles sind sinnliche Erlebnisse, die zu einem falschen Realitätsurteil auf die Dauer nicht führen, an ihrer Leibhaftigkeit, ihrer unmittelbaren sinnlichen Deutlichkeit aber dadurch nichts einbüßen. Umgekehrt

---

[1]) Genau so erscheint bekanntlich ein ins Wasser gehaltener Stab auch dann noch gebrochen, wenn der Beschauer das Wesen dieser Täuschung begriffen hat.



sehen wir in der Hypnose und unter der Wirkung von Suggestionen sonst, noch häufiger aber bei geisteskranken Personen bejahende Realitätsurteile auftreten, ohne daß wir deshalb Grund hätten, eine volle sinnliche Deutlichkeit der infolge der Suggestion erzeugten Vorstellungen jedesmal vorauszusetzen.

Trotzdem bedarf die Annahme eines überganglosen Abgrundes zwischen Wahrnehmungen und Vorstellungen (und damit auch zwischen Pseudohalluzinationen und Halluzinationen) doch wohl einer gewissen Einschränkung. Wohl kann man daran festhalten, daß die für leibhaftig gehaltenen Vorstellungen es phänomenologisch nicht sind, und daß gewöhnlich ein unrichtiges Realitätsurteil sie nur fälschlich für wirkliche Sinneswahrnehmungen ausgibt. Dagegen werden wir die Tatsache anerkennen müssen, daß zuweilen reine Phantasieprodukte eben infolge einer solchen Urteilstäuschung schließlich sekundär doch Wirklichkeitscharakter erhalten, und wir werden somit wenigstens genetische Übergänge zwischen Vorstellungen und Wahrnehmungen nicht ganz bestreiten dürfen. Schon bei gesunden Menschen und gerade bei solchen, die über ein besonders gutes Anschauungsvermögen verfügen, begegnen wir nicht selten so plastischen Vorstellungen, daß sie für das subjektive Erleben wirklichen Wahrnehmungen doch einigermaßen nahe stehen, und zum mindesten von lebhaften Kindern wissen wir, daß bei ihnen im freien Spiel des Denkens erzeugte Gebilde den Charakter der sinnlichen Leibhaftigkeit sekundär in dem Grade annehmen, daß imaginäre Puppen und nur gedachte Umzäunungen schließlich als reelle Existenzen gesehen und behandelt werden. Gesunde Erwachsene täuschen sich freilich (außerhalb der Hypnose!) wohl niemals darüber, ob sie eine Wahrnehmung oder eine Vorstellung erleben; jedoch kommen auch bei ihnen so lebhafte Vorstellungen vor, daß wir daraus wenigstens gewisse Ruckschlüsse auf das Geschehen bei Kranken ziehen können. So berichtet Taine von einem Portraitmaler, der mit zunehmender Berühmtheit den an ihn gestellten Anforderungen lediglich dadurch gerecht zu werden wußte, daß er den einzelnen Auftraggeber nur kurze Zeit betrachtete, das Bild selbst aber aus dem Gedächtnis entwarf. In Spezialitätentheatern treten gelegentlich Gedächtniskünstler auf, die mit verbundenen Augen sehr lange Zahlenreihen nicht bloß vorwärts und rückwärts aufsagen, sondern sogar durch mehrere untereinandergeschriebene Reihen diagonal hindurch „lesen." Das Experiment setzt ebenso deutliche optische Erinnerungsbilder voraus, wie das bekannte „Blindspielen" der Schachspieler, die vom Nebenzimmer aus, ohne Benutzung von Brett und Figuren, mehrere Partien gleichzeitig lenken. Auch auf akustischem Gebiet ist etwas Ähnliches bekannt geworden; so wissen wir von Mozart, daß er eine Messe, deren Partitur in der Sixtinischen Kapelle geheim gehalten wurde, nach nur einmaligem Hören bis in alle Einzelheiten richtig niedergeschrieben hat, und Beethoven hat uns sogar noch nach völligem Verlust seines Gehörs wertvolle Kompositionen beschert. Aber man braucht gar nicht so seltene Ausnahmen heranzuziehen: auch wer eine ihm bis dahin fremde Partitur mit sinnlichem Genuß zu lesen vermag, beweist damit eine Lebhaftigkeit seines Vorstellungsvermögens, die sich von der gewöhnlichen, schemenhaften Art unseres Denkens erheblich entfernt.

Wie gesagt, trotzdem wird in keinem der angeführten Beispiele die lebhafte Vorstellung mit einer wirklichen Wahrnehmung verwechselt worden sein, und

so reichen diese Fälle allein **nicht** aus, um den Gegensatz zwischen Empfinden und Vorstellen zu überbrücken. Aber es gibt andere Erfahrungen, die denn doch weit in das Gebiet des wirklichen sinnlichen Erlebens hinein führen, und diese sind, da sie an die eben besprochenen unmittelbar anknüpfen, in der Tat geeignet, die Brücke über den „Abgrund" zu schlagen. Diese Beobachtungen, die ohne scharfe Trennung zum Teil auf normalem, zum Teil auf pathologischem Gebiet gelegen sind, verdanken wir der **Suggestibilität** gesunder und kranker Personen.

Suggestibilität der Wahrnehmungen.

Von dieser Suggestibilität war oben schon die Rede, als von dem Ausfall bestimmter Wahrnehmungskomplexe bei Hysterischen gesprochen wurde. Bekanntlich lassen sich aber auch positive Sinnestäuschungen auf suggestivem Wege erzeugen, und zwar nicht bloß bei Hysterischen, sondern auch bei ganz gesunden Individuen. Es wird wenige Menschen geben, denen nicht irgend eine Wahrnehmung unter Umständen ansuggeriert werden könnte. Nun sahen wir schon: **alle** solche „Wahrnehmungen" für wirklich leibhaftig zu halten, liegt kein Anlaß vor. Aber in vielen Fällen wird sich zum mindesten der Beweis des Gegenteils nicht führen lassen. Sehr charakteristisch ist in dieser Hinsicht z. B. der Versuch des Professors **Slosson**[1]):

„Ich hatte eine Flasche zurecht gemacht, welche mit reinem destilliertem Wasser gefüllt, sorgsam in Watte gewickelt und in eine Büchse gestellt war. Nachdem ich einige andere Experimente vorausgeschickt hatte, erklärte ich, daß ich nunmehr durch ein Experiment die Geschwindigkeit festzustellen beabsichtige, mit welcher ein Geruch sich in der Luft verbreite. Ich bat meine Zuhörer, sobald jemand den Geruch wahrnehme, möge er seine Hand erheben. Ich nahm dann die Flasche aus der Büchse und goß von dem Inhalte auf Watte, welche auf dem an einer Frontwand des Zuhörerraumes befindlichen Experimentiertisch lag, wobei ich die Flasche möglichst weit von mir abhielt und den Kopf möglichst zur Seite beugte. Zugleich setzte ich eine Kontrolluhr in Gang — wobei ich äußerte, daß hoffentlich keinem meiner geehrten Zuhörer der ganz eigenartig strenge Geruch unangenehm sein möchte. Innerhalb 15 Sekunden hatte die Mehrzahl der in der ersten Reihe Sitzenden ihre Hände erhoben, und innerhalb 40 Sekunden hatte der „Geruch" sich bis zu der entgegengesetzten Wand des Zuhörerraumes verbreitet. Ungefähr Dreiviertel der Zuhörer hatten das Zeichen gegeben, wobei der „Geruch" wie eine Art Welle sich über den Zuhörerraum verbreitete. Es würden wahrscheinlich noch mehr Zuhörer die Suggestionswirkung bei sich gespürt haben, aber nach Verlauf einer Minute mußte ich mit dem Versuch aufhören, da einige in der ersten Reihe Sitzende deutliche Zeichen von Unbehagen erkennen ließen und Anstalt machten, den Raum zu verlassen."

Ganz ähnlich, nur etwas exakter ist der Versuch von **Binet** und **Henri**[2]):

„Eine Serie Flaschen wurde vor den Prüfling gestellt, mit der Bemerkung, daß die in den Flaschen befindlichen Wattebäusche lauter verschiedene Gerüche, diese aber in minimalen Dosen enthielten. Die Gerüche seien die folgenden: Rose, Vanille, Talate usw.; der Prüfling solle versuchen, ob er eine so feine Geruchsempfindlichkeit habe, daß er jene Parfüms herauskenne. In Wirklichkeit enthielt eine einzige Flasche einen schwachen Geruch, und zwar von Vanille, die anderen waren absolut geruchlos. Von 8 geprüften 18—20jährigen Schülern blieb nur einer völlig unbeeinflußt durch die Suggestion, er erkannte einmal Vanille und siebenmal nichts. Die Hälfte der Prüflinge verfiel der Täuschung bei 2, die übrigen bei 3 und 4 Flaschen."

---

[1]) Zitiert nach **Hilger**.
[2]) Zitiert nach **Stern**.

Daß solche Suggestionen auch auf optischem Gebiet wirksam sein können, zeigt schließlich der Versuch von Seashore[1]):

„Am Ende eines langen, vollkommen dunklen Korridors befand sich eine ganz matte suspendierte Perle. Der Prüfende hatte nun vom anderen Ende des Korridors aus langsam vorwärts zu schreiten, bis er den schwachen Schimmer der Perle eben wahrnehmen konnte. Der Versuch wurde 20mal wiederholt, doch beim 11., 16., 18. und 20. Mal war die Perle entfernt, also in Wirklichkeit nichts zu sehen. Ungefähr zwei Drittel der Geprüften unterlagen der Halluzination; sie wußten, wann, wo, wie die Perle zu erblicken war, und dies genügte, um das Vorstellungsbild in das wirkliche Gesichtsfeld zu projizieren."

Am häufigsten sind Suggestivwirkungen auf dem Gebiete der Körperfühlsphäre, auf dem Sensationen aller Art durch hypochondrische Erwartungen, ev. durch die bloße Frage des Arztes hervorgerufen werden. Nur läßt sich hier die Möglichkeit eines tatsächlich vorhandenen Reizes, der bloß illusionär verkannt wird, seltener ganz ausschließen, und insofern beweist die volle sinnliche Deutlichkeit dieser Sensationen die Existenz von Übergängen zwischen Wahrnehmen und Vorstellungen nicht so sicher, wie es die eben erwähnten Fälle tun. Diese scheinen mir aber in der Tat das gelegentliche Vorkommen einer vollen Leibhaftigkeit bei aus Vorstellungen entstehenden Pseudohalluzinationen ziemlich sicher zu stellen.

Normale Illusionen.

Bevor auf die eigentlich krankhaften Pseudohalluzinationen eingegangen wird, mögen noch einige normale Vorkommnisse erörtert werden, die uns dem Verständnis der krankhaften Illusionen nähern sollen. Die Illusion an sich ist kein krankhafter Vorgang, sondern jedem gesunden Menschen geläufig. Wir alle verkennen Gegenstände und sehen z. B. in einen von fern uns entgegenkommenden Menschen die Gesichtszüge und die Haltung eines Bekannten hinein. Wieder sind es insbesondere suggestive Einflüsse, die uns solchen Verkennungen am ehesten aussetzen, und dementsprechend sind Illusionen in allergrößtem Maßstabe aus der Psychologie der Massen bekannt geworden. In diesen Fällen ist dann die gleiche Ursache wirksam, die kleine Kinder in einem wehenden Handtuch ein bedrohliches Gespenst erblicken läßt: die Affektivität.

Wahrnehmung und Empfindung.

Um zu begreifen, wie irgendwelche Suggestionen und wie insbesondere ängstliche Stimmungen (Erlkönig!) eine illusionäre Verkennung der Umwelt veranlassen können, werden wir uns klar machen müssen, daß jede Wahrnehmung mehr ist als ein bloßes Neben- und Nacheinander von elementaren Empfindungen. Jedes Wahrnehmen, jedes Erfassen eines Gegenstandes enthält ein intellektuelles, ein gedankliches Moment und schließt ein Begreifen in sich, das durch bloße sinnliche Empfindungen niemals ermöglicht werden könnte. Zum guten Teil ist dieses Begreifen ein Wiedererkennen. Darum erklärt die oben mitgeteilte Definition von Jaspers die Illusion ganz richtig aus der Verwechslung von reproduzierten und primären Empfindungselementen; einer solchen Verwechslung erliegt auch der

[1]) Zitiert nach Jaspers.



Gesunde tagtäglich. Wenn wir einen Druckfehler übersehen, so tragen wir in das als Ganzes erfaßte Wort eben die Buchstaben als Erinnerungsbilder hinein, die wir auf Grund häufiger Erfahrung in diesem Worte zu sehen gewohnt sind. So sind die Elemente des Illusionierens im Vorgang des Wahrnehmens immer enthalten, und wo wir krankhaften Illusionen begegnen, werden wir sie lediglich als pathologische Steigerungen an sich normaler Vorkommnisse ansprechen dürfen. Auch die Hauptursachen derartiger pathologischer Verkennungen sind dem Gesunden aus eigener Erfahrung geläufig: die Unaufmerksamkeit, die Suggestibilität und die Affekte erwähnten wir schon; hinzuzufügen wären noch gewisse Bewußtseinszustände, wie bei leichten Fiebersteigerungen z. B., in denen im Tapetenmuster allerhand Fratzen erscheinen, und jene anderen, in denen gleichförmig, rhythmisch sich wiederholende Reize, wie das Ticktack der Uhr und das Rattern der Eisenbahn uns schließlich ganze Sätze, Gedichte oder auch musikalische Tonfolgen „hören" lassen.

Pareidolien.

An diesen wie an manchen anderen Punkten wird übrigens eine innige Beziehung der normalen Illusion zur Phantasievorstellung deutlich. Es gibt Zustände, in denen beide zusammentreffen, indem eine sinnlich lebhafte Phantasie in tatsächlich vorhandene Gegenstände allerhand fremde Bestandteile hinein trägt und sie so zu einer neuen Erscheinung verändert. Für diese Illusionen, die sich weder auf eine Aufmerksamkeitsstörung noch auf eine gemütliche Erregung zurückführen lassen, hat Jaspers neuerdings den Ausdruck Pareidolien vorgeschlagen. Ihr einziger Unterschied lebhaften Phantasievorstellungen gegenüber ist der, daß das Gehirn nicht frei schöpferisch arbeitet, sondern gewisse tatsächlich vorhandene Reize als Rohstoff benutzt. Schon Lionardo da Vinci[1]) hat diesen Zustand geschildert:

„Wenn du in allerlei Gemäuer hineinschaust, das mit allerlei Flecken beschmutzt ist, oder in Gestein von verschiedener Mischung — hast du da irgendwelche Szenerie zu erfinden, so wirst du da Ähnlichkeiten mit diversen Landschaften finden, die mit Bergen geschmückt sind, Flüsse, Bäume, Ebenen, große Täler und Hügel in wechselvoller Art. Auch wirst du dort allerlei Schlachten sehen und lebhafte Gebärden von Figuren, sonderbare Physiognomien und Trachten und unendlich viele Dinge, die du auf eine vollkommene und gute Form zurückbringen kannst."

3. Symptomatologie der Sinnestäuschungen.

α) Pseudohalluzinationen.

Nach diesen Vorbemerkungen[2]) mögen jetzt die einzelnen Formen der Trugwahrnehmungen gesondert besprochen werden. Mit den Pseudohalluzinationen sei der Anfang gemacht.

Pseudohalluzinationen sind den meisten Gesunden aus eigener Erfahrung geläufig. Nach stundenlanger, konzentrierter, optischer Aufmerksamkeit auf bestimmte Dinge, z. B. beim Mikroskopieren, beim Pilzesuchen im Walde

[1]) Zitiert nach Jaspers.

[2]) bei denen die Halluzinationen, die ja dem Normalen gegenüber etwas prinzipiell Neues bedeuten sollen, unberücksichtigt geblieben sind.

oder Bernsteinsammeln am Strande (Bonhoeffer), können wir sie des Abends beobachten. Man lehrt von ihnen, daß sie sich sowohl von den Wahrnehmungen wie von den echten Halluzinationen durch das Fehlen der vollen Leibhaftigkeit unterscheiden; sie sollen aber im Gegensatz zu gewöhnlichen lebhaften Phantasievorstellungen vom Willen nicht abhängen. In der Tat wird kein Gesunder an der subjektiven Natur solcher Täuschungen zweifeln; dagegen muß der zweite Teil des Satzes eingeschränkt werden: in mehreren Fällen haben sich Pseudohalluzinationen willkürlich hervorrufen lassen. So konnte H. Meyer Profile und Würfel, ja schließlich fast jeden Gegenstand, den er wollte, absichtlich vor sein geistiges Auge rufen. Freilich verwandelten sich dann allmählich auch bei ihm die Gegenstände unwillkürlich in andere oder verschwanden. Ebenso hat Goethe wenigstens das Thema anzugeben vermocht, mit dem sich seine Gesichtstäuschungen beschäftigen sollten — wenn auch die Gestalten selbst seiner Absicht entzogen blieben. Die Nachrichten über ähnliche Vorkommnisse bei Geisteskranken freilich sind spärlich und auch nicht ganz beweiskräftig. In meinen eigenen Beobachtungen schienen mir die Sinnestäuschungen, die sich die Patienten gewissermaßen bestellten, selbst das Maß von sinnlicher Deutlichkeit nicht zu erreichen, das auch den Pseudohalluzinationen zukommen soll.

In der Mehrzahl der Fälle also treten die Pseudohalluzinationen unwillkürlich auf, und Johannes Müller und Kandinsky, denen wir klassische Schilderungen dieser Trugwahrnehmungen verdanken, geben übereinstimmend an, sie könnten nur sehen, was von selbst käme, und nicht das geringste daran ändern oder gar absichtlich hinzu tun. Kandinsky schreibt, die Willkür habe nur den Einfluß auf die Halluzinationen, daß man sich in den den Halluzinationen günstigsten Zustand zu versetzen vermöchte; er würde durch das Ausschließen jeder Aktivität, durch ein rein passives Verhalten herbeigeführt.

Dann traten Gesichter und Gestalten der an diesem Tage gesehenen Personen, von alten Bekannten und von ganz unbekannten Persönlichkeiten auf; zwischen denselben erschienen von Zeit zu Zeit weiße, mit verschiedener Schrift bedruckte Seiten. Außerdem tauchte zu wiederholten Malen das Bild einer gelben Rose auf; endlich ganze Bilder, die aus mehreren, verschiedenartig kostümierten Personen in den mannigfaltigsten gegenseitigen Stellungen, aber immer ohne Bewegung bestanden. Diese Bilder erschienen für einen Augenblick und verschwanden, von neuen sogleich gefolgt. „Sie werden scharf nach außen projiziert und scheinen auf diese Weise vor den Augen zu stehen, sind aber zugleich in gar keinem Verhältnis zum schwarzen Sehfeld der geschlossenen Augen.“ Um die Bilder zu sehen, muß man die Aufmerksamkeit vom schwarzen Sehfelde ablenken; im Gegenteil, das Fixieren der Aufmerksamkeit auf dieses letztere unterbricht das Erscheinen der Bilder. Ungeachtet der scharfen Umrisse und lebhaften Farben, ungeachtet, daß diese Bilder vor dem sehenden Subjekte zu stehen scheinen, besitzen sie den Charakter der Objektiviät nicht. Für das unmittelbare Gefühl scheint es, daß die Bilder mit anderen inneren Augen, nicht mit den äußeren Augen des Leibes gesehen werden.

Dieser Schilderung von Pseudohalluzinationen, die übrigens in diesem Falle durch eine mäßige Gabe Opium hervorgerufen wurden, sei die von Johannes Müller gleich angeschlossen:

„Wenn ich diese leuchtenden Bilder beobachten will, sehe ich bei geschlossenen, vollkommen ausruhenden Augen in die Dunkelheit des Sehfeldes; mit einem Gefühl der Abspannung und größten Ruhe in den Augenmuskeln versenke ich mich ganz in die sinnliche Ruhe des Auges oder in die Dunkelheit des Sehfeldes. Allen Gedanken, allem Urteil wehre ich ab, ich will bei einer vollkommenen Ruhe des Auges wie des ganzen Organismus

in Hinsicht der äußeren Eindrücke nur beobachten, was in der Dunkelheit des Auges als Reflex von inneren organischen Zuständen in anderen Teilen erscheinen wird.

Wenn nun im Anfang immer noch das dunkle Sehfeld an einzelnen Lichtflecken, Nebeln, wandelnden und wechselnden Farben reich ist, so erscheinen statt dieser bald begrenzte Bilder von mannigfachen Gegenständen, anfangs in einem matten Schimmer, bald deutlicher. Daß sie wirklich leuchtend und manchmal auch farbig sind, daran ist kein Zweifel. Sie bewegen sich, verwandeln sich, entstehen manchmal ganz zu den Seiten des Sehfeldes mit einer Lebendigkeit und Deutlichkeit des Bildes, wie wir sonst nie etwas zur Seite des Sehfeldes sehen. Mit der leisesten Bewegung der Augen sind sie gewöhnlich verschwunden, auch die Reflexion verscheucht sie auf der Stelle. Es sind selten bekannte Gestalten, gewöhnlich sonderbare Figuren, Menschen, Tiere, die ich nie gesehen, erleuchtete Räume, in denen ich noch nicht gewesen. Es ist nicht der geringste Zusammenhang dieser Erscheinungen mit dem, was ich am Tage erlebt, zu erkennen. Ich verfolge diese Erscheinungen oft halbe Stunden lang, bis sie endlich in die Traumbilder des Schlafes übergehen.

Nicht in der Nacht allein, zu jeder Zeit des Tages bin ich dieser Erscheinung fähig. Gar manche Stunde der Ruhe, vom Schlafe weit entfernt, habe ich mit geschlossenen Augen zu ihrer Beobachtung zugebracht. Ich brauche mich oft nur hinzusetzen, die Augen zu schließen, von allem zu abstrahieren, so erscheinen unwillkürlich diese seit früher Jugend mir freundlich gewohnten Bilder. Ist nur der Ort recht dunkel, bin ich nur geistig ganz ruhig, ohne leidenschaftliche Stimmung, habe ich nur eben nicht gegessen oder geistiges Getränk genommen, so darf ich, wenn gleich an Schlaf gar nicht zu denken ist, der Erscheinung gewiß sein.

Häufig erscheint das lichte Bild im dunkeln Sehfelde, häufig auch erhellt sich vor dem Erscheinen der einzelnen Bilder nach und nach die Dunkelheit des Sehfeldes zu einer Art von innerem mattem Tageslicht. Gleich darauf erscheinen dann auch die Bilder. Ebenso merkwürdig als das Erscheinen der leuchtenden Bilder war mir, seit ich diesen Phänomenen beobachtend folge, das allmähliche Hellerwerden des Sehfeldes. Denn am Tage bei geschlossenen Augen nach und nach den lichten Tag von innen eintreten sehen, und in dem Tag des Auges leuchtende Gestalten als Produkte des Eigenlebens des Sinnes wandeln sehen, und alles dies im wachenden Zustande, fern von allem Aberglauben, von aller Schwärmerei, bei nüchterner Reflexion, ist dem Beobachter etwas höchst Wunderbares."

Solche „phantastische Gesichtserscheinungen" sind nicht ganz selten und von vielen Menschen werden sie keineswegs als unangenehm empfunden; sie können aber auch durch ihren Inhalt lästig werden oder in dieser Beziehung schwanken. So kenne ich eine Dame, deren Pseudohalluzinationen stets schön und angenehm sind, außer wenn sie Brom erhalten hat; von diesem Augenblick an sieht sie ekelhafte Fratzen, die sie beunruhigen.

Hypnagoge Halluzinationen.

Die Form, in der phantastische Gesichtserscheinungen am häufigsten vorkommen, ist die der sogenannten hypnagogen Halluzinationen, die sich von den übrigen Pseudohalluzinationen schon deshalb nicht scharf trennen lassen, weil viele Menschen derartige Bilder zwar am häufigsten unmittelbar vor dem Einschlafen, aber gelegentlich auch bei vollkommen erhaltenem Bewußtsein erleben. Die eigentlich „hypnagogen" Sinnestäuschungen, wie sie Goethe in den „Wahlverwandtschaften" durch Ottilie schildern läßt, setzen natürlich ein gewisses Maß von Bewußtseinstrübung voraus und bilden insofern schon den Übergang zu den Trugwahrnehmungen des Traumes. Wie diese bevorzugen sie den Gesichtssinn, jedoch sind auch elementare akustische Wahrnehmungen nicht selten; ein plötzliches Auffahren aus dem Halbschlaf auf Grund der irrtümlichen Wahrnehmung eines Klopfens oder Sprechens z. B. ist den meisten Menschen bekannt. (Auf die Stellung der Traumwahrnehmungen zu den übrigen Sinnestäuschungen soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.)



Bei erhaltenem Bewußtsein sind Pseudohalluzinationen neuerdings verhältnismäßig häufig als Erschöpfungssymptom bei Kriegsteilnehmern beobachtet worden. So berichtet Wollenberg von einem Arzt, der ebenso wie verschiedene Offiziere desselben Bataillons nach sehr ermüdenden Märschen die Vision weißer Häuserreihen am Straßenrande hatte, und von einem Offizier, der Kavallerie und ein Luftschiff in eigentümlich fließender Bewegung sah. Das entspricht der Erfahrung, daß auch die hypnagogen Halluzinationen, nach dem Mikroskopieren etwa, fast immer bewegt sind. Auf akustischem Gebiete haben bei Feldzugsteilnehmern Weygandt und Rittershaus ähnliche Pseudohalluzinationen zuerst beschrieben; ein von Rittershaus beobachteter Offizier hörte nach 62 stündiger Telephonbedienung im feindlichen Feuer bei Tag und Nacht das summende Weckzeichen und den Anruf „Herr Rittmeister". Mit wirklichen Wahrnehmungen verwechseln auch diese Patienten ihre Sinnestäuschungen nicht.

Zwangshalluzinationen.

Zu den Pseudohalluzinationen müssen schließlich auch die sogenannten Zwangshalluzinationen gerechnet werden. Unter diesen versteht man alle Sinnestäuschungen, die sich an Zwangsvorstellungen anschließen[1]. Als Beispiel kann der Fall Thomsens gelten, in dem eine rote Sublimatpastille, die den Inhalt des Zwangsdenkens bildete, schließlich überall gesehen wurde. Ähnliche Fälle haben Hoche und andere mitgeteilt.

Leibhaftigkeit und Realitätsurteil.

In allen bisher erwähnten Fällen bleibt nicht nur die volle Leibhaftigkeit, sondern zugleich auch das positive Realitätsurteil aus, das das Vorhandensein des vorgestellten Gegenstandes anerkennt. Die darin gelegene Kritik werden wir bei ausgesprochen geisteskranken Personen nicht immer erwarten dürfen, und wo sie fehlt — wie z. B. schon in und nach manchen ängstlich gefärbten hysterischen Erregungszuständen bei Kriegsteilnehmern —, wird gewöhnlich auch die Leibhaftigkeit — wenn auch zu Unrecht — behauptet. Das ist der Punkt, an dem sich die Grenzen zwischen Pseudohalluzinationen und echten Halluzinationen — für die Praxis wenigstens — am häufigsten verwischen. Wir können begrifflich und praktisch Leibhaftigkeit und Realitätsurteil streng unterscheiden, aber unsere Patienten werden so gut wie immer alle Erscheinungen für leibhaftig erklären, für die sie eine reelle, in der Umgebung gelegene Ursache voraussetzen. Die Pseudohalluzinationen hängen wie gesagt vom Willen des Kranken im allgemeinen nicht ab. Wird nun überdies ihr Gegenstand vom Realitätsurteil als tatsächlich außerhalb des Kranken vorhanden anerkannt, so wird sich das Fehlen der vollen Leibhaftigkeit und die Verlegung der Wahrnehmung in einen bloß vorgestellten und nicht in den tatsächlichen Raum zum mindesten schwer exakt nachweisen lassen.

[1] Während natürlich die Benennung jeder sich dem Bewußtsein in subjektiv lästiger Form aufdrängenden Trugwahrnehmung als Zwangserscheinung eine Tautologie darstellt. Unseren Sinneswahrnehmungen gegenüber besitzen wir das Gefühl der Freiheit, daß unseren Vorstellungen und unserem Handeln anhaftet, naturgemäß nicht, und objektiv und subjektiv zwingend sind alle Sinnestäuschungen mit alleiniger Ausnahme derjenigen, die willkürlich hervorgerufen werden.



So ist es in vielen Fällen. In anderen aber verwechselt auch das Realitätsurteil nicht Pseudohalluzinationen und wirkliche Wahrnehmungen — wohl weil den Trugwahrnehmungen die volle Leibhaftigkeit allzusehr abgeht. Hier führt dann diese halbe Kritik — die Erkenntnis des Abnormen ohne gleichzeitige Einsicht in seinen pathologischen Charakter — zu Erklärungswahnideen; Dementia praecox-Kranke sprechen dann von Bildern und Stimmen, die ihnen gemacht werden, von Erlebnissen also, für die sie nicht die reelle natürliche Außenwelt, wohl aber irgendwelche übersinnliche Einflüsse verantwortlich machen.

β) Illusionen bei Kranken.

Über Illusionen bei Geisteskranken ist dem, was über ihr Vorkommen bei gesunden Menschen oben gesagt wurde, wenig hinzuzufügen. Wir lernten ihre Entstehung aus Aufmerksamkeitsstörungen, Affekten und bestimmten Bewußtseinslagen schon kennen und werden daraus ableiten dürfen, daß Illusionen bei aufgeregten und in ihrem Interesse ständig schwankenden manischen Kranken, bei oberflächlich auffassenden Imbezillen, bei den meisten Bewußtseinstrübungen und schließlich bei allen organischen Hirnkrankheiten wie insbesondere bei der Paralyse ebenso häufig sein werden, wie in der ängstlichen Erregung der Melancholie und der mißtrauischen Grundstimmung der paranoischen Formen. So kommen manische Patienten zur Personenverkennung und Paralytiker zur unrichtigen Beurteilung ihrer Umgebung, Deliranten sehen in irgendwelche Bilder an der Wand ganze Szenen hinein oder lesen von einem weißen Blatt lange Geschichten vor, ängstlich erregte Kranke glauben in harmlosen Gesprächen Beschimpfungen und Beschuldigungen und in irgendwelchen Geräuschen auf dem Korridor die Vorbereitungen zur Hinrichtung zu erkennen. Paranoiker und Paraphrene endlich mißdeuten jede Bewegung des Richters, des Staatsanwalts und hören überall Bemerkungen, die ihrem Wahn neue Nahrung geben. Freilich wird man auch in diesen Fällen wieder zwischen wirklichen Täuschungen und der unrichtigen Beurteilung der Wahrnehmungen vorsichtig unterscheiden müssen. Liepmann hat deshalb den sensoriellen Illusionen intellektuelle gegenübergestellt. Wenn ein paralytischer Kranker wertloses Metall für Gold und einen Glassplitter für einen Diamanten erklärt, so hat das mit Störungen der Sinneswahrnehmung ebensowenig zu tun wie manche durch einen ängstlichen oder einen mißtrauischen Affekt hervorgerufene Verkennungen, die im Grunde einfach wahnhafte Deutungen an sich zutreffender Beobachtungen darstellen. In jedem einzelnen Falle aber intellektuelle und sensorielle Illusionen auseinander zu halten, ist schlechterdings unmöglich.

Pareidolien.

Pareidolien endlich, „aus Affekten und assoziativen Vorgängen nicht verständliche, bei besonnenem Bewußtsein ohne und gegen den Willen auftretende Umformungen reeller Wahrnehmungen“ (Jaspers) treten bei Geisteskranken unter ähnlichen Bedingungen auf wie Pseudohalluzinationen. Die Kranken sehen auf der Bettdecke, an der Wand, im Kochgeschirr, in den Leuchtkörpern und im Teppich Grimassen schneidende Fratzen, die Gesichter ihrer Eltern, den Geliebten — meistens übrigens ohne diese Illusionen

mit normalen, aus reeller Ursache auftretenden Wahrnehmungen zu verwechseln; eher werden auch diese Täuschungen für gemacht gehalten, also wahnhaft gedeutet.

γ) Halluzinationen.

Viel seltener als die beiden bisher besprochenen Trugwahrnehmungen sind, wenn man sich an die strenge Begriffsbestimmung hält, echte Halluzinationen. Im Gegensatz zu den Illusionen und den lebhaften Phantasievorstellungen, die auch in pathologischer Gestalt immer an das Normale anknüpfen, würden sie nach der Definition stets etwas prinzipiell Neues bedeuten. Wirkliche echte Wahrnehmungen sollen ohne jeden äußeren Anlaß, ohne vorherige Erregung der peripheren Sinnesbahnen, allein durch die Geisteskrankheit erzeugt werden, und diese Wahrnehmungen sollen sich in nichts, außer durch ihre Entstehung, von denen des gesunden Seelenlebens unterscheiden. Solche Halluzinationen kommen ausnahmsweise unter bestimmten Bedingungen zweifellos vor; sicherlich sind sie nicht häufig; in zahlreichen Fällen, die gewöhnlich hierher gerechnet werden, läßt sich eine illusionäre oder aber eine Entstehung aus Phantasievorstellungen nachweisen oder wenigstens wahrscheinlich machen, und für viele andere steht die völlige Identität mit der normalen Wahrnehmung keineswegs fest.

Beziehungen zu den Illusionen.

Die Abgrenzung den Illusionen gegenüber wird insbesondere dadurch erschwert, daß wir die Reize, die in irgendwie erkrankten Sinnesorganen und Sinnesbahnen entstehen, in diesem Zusammenhang denen gleichstellen müssen, die von der Außenwelt stammen. Jedermann weiß, daß ein Schlag auf das Auge subjektiv mit der Empfindung eines Lichtblitzes beantwortet wird; die gleiche Wirkung haben nicht bloß die elektrische Reizung, sondern auch bestimmte Erkrankungen des Auges, ebenso wie manche Ohraffektionen zu subjektiv lästigen Geräuschen führen. Freilich sind das alles zunächst bloße elementare Empfindungen und noch keine differenzierten Wahrnehmungen. Aber ausnahmsweise scheinen sie wirklich zu typischen Halluzinationen den Anstoß zu geben. Selbst das Klopfen des eigenen Karotispulses ist gelegentlich als Ursache rhythmischer Gehörstäuschungen angeschuldigt worden. Der prinzipielle Vorgang dabei entspräche dem der Illusion: ein tatsächlich vorhandener Reiz, der für sich allein gelegentlich auch beim Gesunden einen elementaren Sinneseindruck herbeiführt, weicht in seiner Wirkung auf das Bewußtsein vom Normalen durch größere Bestimmtheit und Differenzierung ab; auch hier scheinen also zu den dem Reiz entsprechenden Empfindungselementen reproduzierte so hinzuzutreten, daß beide nicht mehr unterschieden, sondern verschmolzen werden.

Solche Reizzustände in den Sinnesorganen lassen sich nun zwar selten nachweisen, aber noch seltener ganz ausschließen, und dadurch wird die Grenze zwischen echten Halluzinationen und Illusionen unscharf und flüssig. Aber auch die Unterscheidung der Halluzinationen von den Pseudohalluzinationen erkannten wir oben als schwierig und praktisch beinahe unmöglich; auch wo die ersten Angaben der Patienten auf wirkliche Halluzinationen zu deuten

scheinen, wird eine genauere Analyse recht oft das Bestehen bloßer Pseudohalluzinationen um vieles wahrscheinlicher machen.

So ist es fraglich geworden, ob sich das Vorkommen der „eigentlichen" Halluzinationen nicht auf gewisse Bewußtseinstrübungen beschränkt. Daß eine solche Trübung freilich nicht tief zu sein braucht, beweist die Halluzinose der Trinker, bei der vollkommen leibhaftige und in den äußeren Raum projizierte Trugwahrnehmungen ohne jedes in der Umwelt gegebene Objekt auftreten. Hier bliebe eine Beziehung zur Illusion wieder höchstens in dem oben erörterten Sinne möglich, daß bei diesen toxischen Krankheiten Reizzustände in der Netzhaut oder im Sehapparat gewisse elementare Sinnesempfindungen anregen könnten. Das ist praktisch unerheblich [1]); fest steht, daß diese Kranken Trugwahrnehmungen erleben, die sich von wirklichen Wahrnehmungen subjektiv überhaupt nicht unterscheiden. Ja sie vermischen sogar diese Trugwahrnehmungen mit den reellen und sehen und hören imaginäre Menschen innerhalb der tatsächlich vorhandenen Umgebung.

Phänomenologie der Halluzinationen.

Die überwiegende Mehrzahl der Täuschungen, die gewöhnlich als Halluzinationen [2]) ausgegeben werden, verhält sich darin durchaus anders. Sie weichen — wie Schröder neuerdings mit Recht hervorgehoben hat — von den gewohnten Alltagswahrnehmungen nicht bloß hinsichtlich ihrer Entstehung und ihrer Folgen, sondern gerade auch in bezug auf ihren elementaren sinnlichen Charakter weit ab. Fast immer gebrauchen diese Patienten irgend einen Vergleich, eine unbestimmte und ungenaue Bezeichnung, um das Besondere, Eigenartige und Ungewöhnliche, das sie erleben, ihrem Gegenüber zu vermitteln. Sehr selten sagen sie, sie hörten diesen oder jenen sprechen, sondern reden ohne weiteres von „Stimmen", durch die sie belästigt würden, und je mehr man in sie dringt, um so unbestimmter werden ihre Angaben. „Eigentlich" ist es gar kein Sprechen, sondern es ist, als ob man spräche; freilich bloße Gedanken sind es auch nicht, sondern etwas Neues, was vorher nicht da war. Und so ist es überall; es ist „als ob" und „wie wenn". Eine Kranke „sieht" seit Jahren Männer, die aus der elektrischen Lampe der Abteilung mit ihr „reden". Bei der (mit dem Parlographen fixierten) Exploration gibt sie darüber an:

„Wo sind denn nun die Herren eigentlich? Wirklich in den Lampen?" „Natürlich, das ist doch selbstverständlich, das kann ich nicht ändern, ich muß lachen darüber; denn in den Lampen sind doch die, und da seh' ich die doch, im Lampenlicht, da in den Lampen, wenn auch kein Licht ist; denn seh' ich sie doch, und denn wissen wir doch, welche es sind, und wir unterhalten uns damit so gut, wie wir können."

„Also sehen Sie wirkliche Männer in den Lampen?"

„Das sind doch die Gesichtsbildungen, das sind doch die Erscheinungen also, und Gedanken sind es doch damit gemacht, das ist doch gewiß, sonst könnten wir uns doch nicht verstehen und könnten wir doch nichts erzählen, das ist doch ganz gewiß der Fall so,

---

[1]) Außerdem theoretisch nicht sehr wahrscheinlich; es liegt doch näher, hier Reizzustände in den sensorischen Rindenabschnitten, die denen der motorischen Partien (Unruhe, Tremor) analog sind, anzunehmen.

[2]) Ich bin übrigens mit Schröder der Meinung, daß es gar keinen Zweck hat, nun den Namen Halluzination für diese Vorkommnisse abzuschaffen. Verändert muß nur die Definition werden.



ja, das muß auch so so sein. Menschen sind da nicht drin, nein, nur Gesichtsbildungen von diesen Menschen, die ich genannt und die Gedanken."

„Hören Sie sie so wie mich? Hört die Wärterin das denn auch?"

„Das kann die nicht verstehen, wenn die nicht solche Herren hat, die das eben verstehen und mit ihr in Einklang stehen. Deren Gedanken sind vernünftige Hirngedanken, aber ihre sind ja noch nicht aufgeschlossen."

Für die zahlreichen Sensationen, die solche Kranke an ihrem Körper erleben, finden sie in der Sprache erst recht kein geeignetes Wort, und sie müssen erst welche erfinden, um für oft erlebte Vorgänge ein für allemal eine Bezeichnung zu haben.

Auch darin hat Schröder recht, daß eine hartnäckige Exploration häufig im Zweifel bleibt, auf welchem Sinnesgebiet sich die Halluzination denn überhaupt abspielt. Wenn die Kranken eben zugegeben haben, daß sie die Stimmen nicht eigentlich hören, wie die Stimme des Arztes, dann fühlen sie sie; sie haben den Eindruck, beeinflußt zu werden, von anderen Mitteilungen zu erhalten, und dieser Eindruck ist gewiß sinnlichen Erlebnissen irgendwie verwandt; aber selten liegt ihm eine präzise und normalen Empfindungen wirklich in allen Teilen gleichende Wahrnehmung zugrunde. So wird uns meistens die genauere Analyse eines Halluzinanten den Eindruck hinterlassen, daß Arzt und Patient sich zweier verschiedener Sprachen bedienen, und der Erfolg ist, daß wir gerade die Halluzinationen, die am häufigsten sind, schlechterdings nicht nachempfinden können.

Alle Zweifel an dem eigentlichen Wahrnehmungscharakter der Halluzinationen aber ändern an der Tatsache nichts, daß diese Trugwahrnehmungen ein unmittelbares Erlebnis bedeuten, dem eine unerschütterliche Überzeugungskraft innewohnt. Sehr gut illustriert diese Überzeugungskraft ein Fall Binswangers, dessen Kranker allein auf einen See hinaus ruderte, um sich von der Irrealität seiner Stimmen zu überzeugen. Der Versuch gelang, aber nach wenigen Stunden schon verlor der Patient neuen Sinnestäuschungen gegenüber jede Kritik. So übertrifft die Macht, die die Trugwahrnehmungen über die Kranken erlangen, selbst den Einfluß normaler Sinneswahrnehmungen noch erheblich. Kraepelin hebt ganz richtig hervor, daß, wenn sich bei einem Kranken normale und krankhafte Wahrnehmungen zu widersprechen scheinen, stets der kranken recht gegeben wird, und derselbe Autor betont, daß doch kein gesunder Mensch den Zuruf: „töte diesen Menschen" als einen genügenden Anlaß zum Morde ansehen würde.

4. Entstehung der Sinnestäuschungen.

Wahnideen.

Sinnestäuschungen stellen sich eben so gut wie niemals unvermittelt und ohne Zusammenhang mit dem übrigen Denken ein. Von sehr wenigen und praktisch unerheblichen Ausnahmen abgesehen, sind sie nur eine Form, in der die innersten Gedanken, die Wünsche und Befürchtungen des Kranken bewußt werden. Deshalb ist es im allgemeinen falsch, Wahnideen aus Sinnestäuschungen ableiten zu wollen. Der Zusammenhang ist der umgekehrte, der Inhalt der Trugwahrnehmungen hängt von dem des Wahnes ab. Wohl wird eine wahnhafte Vermutung, eine ängstliche Befürchtung oder was es sonst sein mag, durch das Auftreten einer Halluzination gelegentlich erst endgültig fixiert; aber auch

in diesen Fällen entstammt die Sinnestäuschung — ähnlich wie die „autochthonen Ideen“ Wernickes und die „pathologischen Einfälle“ Bonhoeffers — Gedanken, die vorher wenigstens schon vorbereitet waren.

Suggestive Einflüsse.

Bedürfte diese Auffassung überhaupt noch eines Beweises, so würde er in der Abhängigkeit vieler Sinnestäuschungen von suggestiven Einflüssen zu finden sein. Es ist etwas Gewöhnliches, daß die Trugwahrnehmungen eines Kranken nach dem Transport in eine neue Anstalt zunächst verschwinden, oder daß eine bis dahin nicht halluzinierte Stimme erst im Anschluß an einen kleinen Konflikt mit ihrem Besitzer auftritt. Überhaupt wird in der Regel nur das halluziniert, was dem Kranken im Augenblick als tatsächlich möglich erscheint. Und wenn farbige Gläser, die vor das Auge gehalten werden, farbige Sinnestäuschungen hervorrufen, oder wenn bestehende Halluzinationen durch Prismen verdoppelt, durch Konkav- bzw. Konvexgläser verkleinert, bzw. vergrößert werden, so zeigt auch dieser Einfluß von Erwartungsvorstellungen, daß der Inhalt der Halluzinationen aus dem Denken des Kranken entspringt.

Negative und funktionelle Halluzinationen.

Auch daß negative Halluzinationen vorkommen, d. h. tatsächlich vorhandene Gegenstände nicht gesehen werden, wird sich nur auf diese Weise erklären lassen. Das gleiche gilt für die sog. funktionellen Halluzinationen Kahlbaums. Hierbei verschwinden die bei offenen Augen vorhandenen Täuschungen, sobald die Lider geschlossen werden, oder — auf akustischem Gebiet — die durch lange Jahre bestehenden Stimmen bleiben momentan fort, wenn das betreffende, allein funktionstüchtige Ohr mit einem Wattepfropf verschlossen wird, oder nachdem aus dem linken, bis dahin sehr schwerhörigen Ohr ein Zerumenpfropf entfernt worden ist, treten die bis dahin stets einseitigen Stimmen auch an diesem auf (Pick).

Wahrscheinlich dürfen wir schließlich einen Teil der Erfahrungen auf suggestive Einflüsse zurückführen, nach denen irgendwelche nichtadäquate Reize, die das periphere Sinnesorgan treffen, bei dazu disponierten Individuen Trugwahrnehmungen auslösen. Wir haben diese Erfahrungen oben schon gestreift und damals als illusionäre Verkennungen elementarer Empfindungen gedeutet. Beide Erklärungen vertragen sich gut miteinander; denn ob die Suggestion an tatsächlich vorhandene Reize anknüpft oder nur Vorstellungen anregt, bedeutet im Prinzip keinen Unterschied. Bei Alkoholdeliranten lassen sich, wie erwähnt, nach Liepmanns Vorgang Visionen durch Druck auf das Auge hervorrufen, aber dieselben Patienten lesen auch von einem weißen Blatt ab (Bonhoeffer s. o.). Das eine ist eine Illusion, das andere, wenn das Papier wirklich ganz weiß und ungemustert ist, eine Halluzination, und beide werden durch Suggestionen erzeugt.

Periphere Reizzustände.

In keinem Falle allerdings wird man in peripheren Reizzuständen, auch wenn man ihre Mitwirkung bei der Entstehung mancher Illusionen zugibt, mehr sehen dürfen, als ein prädisponierendes Moment. Daß sie für sich allein

bei sonst nicht gefährdeten Menschen echte Halluzinationen auslösen sollten, ist zum mindesten unwahrscheinlich. In dem Falle Naegelis, der in diesem Zusammenhange angeführt zu werden pflegt, hat es sich — offenbar im Anschluß an eine Verbrennung des Auges — nicht um Halluzinationen, sondern um Pseudohalluzinationen gehandelt. Wohl aber mögen gelegentlich im Verlauf einer Krankheit, die sonst ohne Trugwahrnehmungen verlaufen wäre, deshalb welche auftreten, weil ein Reizzustand im Ohr z. B. Akoasmen erzeugt, die sich — auf dem Wege der Illusion — zu einem verworrenen Gerede oder zu Stimmen verdichten. Die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit des Ohres (Umkehr der Erregungsformel), die man bei Gehörshalluzinanten verhältnismäßig oft nachgewiesen hat, scheinen sogar denen recht zu geben, die eine solche periphere Entstehung der Trugwahrnehmungen für häufig halten. Aber schon diese Befunde sind keineswegs eindeutig, und für die Visionen hat die Erfahrung Uhthoffs ausdrücklich gezeigt, daß „die Fälle gar nicht besonders häufig sind, wo man mit Sicherheit bestimmte pathologische Augenveränderungen für die Entstehung von Gesichtshalluzinationen verantwortlich machen kann.“

Zentrale Erkrankungen.

Noch schwerer sind Beobachtungen zu deuten, in denen sich Halluzinationen an organische Erkrankungen des Zentralnervensystems angeschlossen haben. Nicht ganz selten treten Sinnestäuschungen bei sonst nicht geisteskranken Arteriosklerotikern auf, und wiederholt sind Visionen bei Hemianopsie — und zwar immer nur in den blinden Gesichtsfeldern — beobachtet worden.

Fehlen normaler Reize.

Während man in diesen Fällen zunächst an eine direkte Reizung der zentralen Sinnesflächen denken wird, ist für andere Beobachtungen neben dieser eine andere Erklärung wenigstens möglich. In der Haft, bei Schwerhörigen und bei Staroperierten im Dunkelzimmer sind Sinnestäuschungen so häufig, daß man vielleicht auch in dem Fehlen der gewohnten Sinneseindrücke ein prädisponierendes Moment erblicken darf; dieses könnte unter Umständen auch bei der Hemianopsie eine Rolle spielen. Immerhin sind in allen hier in Betracht kommenden Fällen so viel allgemeine psychische Schädlichkeiten wirksam, daß speziellere Hypothesen nur sehr vorsichtig aufgestellt werden sollten.

„Reflektorische“ Entstehung.

Sehr merkwürdig sind die Entstehungsbedingungen der Sinnestäuschungen, die man nach Kahlbaums Vorgang als Reflexhalluzinationen bezeichnet. In gewisser Hinsicht knüpfen diese Trugwahrnehmungen an die Sekundärempfindungen an, die manchen Gesunden bekannt sind. Dabei wird die innerhalb eines Sinnesgebietes gelegene Empfindung oder Vorstellung mehr oder minder regelmäßig von gewissen sinnlich lebhaften Vorstellungen innerhalb eines anderen begleitet. Der bekannteste Typus auf normalem Gebiet ist der der „Farbhörer,“ die bei der Vorstellung bestimmter Buchstaben und Worte gewisse Farben auftreten sehen. Bei den „Reflexhalluzinationen“ führt in ganz ähnlicher Weise das Erklingen einer Stimmgabel zu Gesichts- oder die

sensible Reizung des äußeren Gehörganges zu Gehörstäuschungen — nur daß es sich hier nicht um bloße Vorstellungen, sondern um Erlebnisse von einiger sinnlicher Deutlichkeit handelt.

Bewußtseinszustand.

Eine zweifellose Abhängigkeit zeigen viele Sinnestäuschungen von dem Bewußtseinszustand und von der Affektlage der Patienten. Von den Illusionen hörten wir schon, daß sie durch eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit begünstigt werden. Das gleiche gilt für manche Halluzinationen, oder zum mindesten läßt sich doch das Negative feststellen, daß eine intensive Anspannung der Aufmerksamkeit sie verschwinden macht. Allgemeingültig sind solche Regeln freilich nicht. Manche Stimmen bleiben fort, wenn die Aufmerksamkeit sich ihnen zuwendet (um den Verfolger zu entdecken z. B.), andere Sinnestäuschungen aber nehmen an Lebhaftigkeit zu, sobald der Kranke auf sie achtet, und verblassen, wenn er an andere Dinge zu denken versucht. Bei Deliranten hat Bonhoeffer eine vermehrte Neigung, auf dem betreffenden Sinnesgebiet zu halluzinieren, dann festgestellt, wenn die Aufmerksamkeit energisch auf dieses Sinnesgebiet gelenkt wurde; wurde die Aufmerksamkeit auf einem mittleren Niveau gehalten — etwa durch die Exploration über Dinge, die mit den Sinnestäuschungen nichts zu tun hatten —, so wurden die Trugwahrnehmungen selten, und überließ man endlich den Patienten sich selbst, so daß die Aufmerksamkeit noch weiter herabsank, so nahmen die Illusionen und szenenhaften Sinnestäuschungen wieder zu.

Im übrigen entspricht es den uns aus unseren Träumen geläufigen Erfahrungen, daß bei allen tieferen Bewußtseinstrübungen Visionen über Täuschungen in anderen Sinnesgebieten überwiegen.

Affekte.

Vom Einfluß der Affekte war oben schon wiederholt die Rede. Schon bei Gesunden trüben heftige Gemütsbewegungen die Auffassung, und zahlreiche Aussageversuche der letzten Jahre beweisen das gesetzmäßige Auftreten nicht bloß von Konfabulationen und falschen Urteilen, sondern auch von ausgesprochenen Illusionen bei normalen, aber im Augenblick heftig erregten Menschen. So wird es verständlich, daß ängstliche oder auch nur traurige Verstimmungen und daß mißtrauische Affektlagen bei Geisteskranken Illusionen hervorrufen; aber es bleibt keineswegs immer dabei; nicht selten sehen wir unter den gleichen Umständen auch wirkliche Halluzinationen auftreten und bei ein und demselben Kranken je nach dem Grade der gemütlichen Erregung zunehmen und abnehmen.

5. Täuschungen der einzelnen Sinne.

Gehör.

Im Anschluß an diese allgemeinen Besprechungen mögen jetzt noch die Täuschungen der einzelnen Sinnesgebiete gesondert erörtert werden. Die größte Rolle spielen zweifellos die Gehörshalluzinationen, die entweder

in elementarer Form (Akoasmen) als Geräusch, Knallen, Zischen, Lispeln, Wispern oder aber in der Gestalt von Worten als Stimmen und schließlich selten in musikalischer Form als Melodien, Glockengeläute, Orgelspiel erlebt werden. Daß sich diese Gehörstäuschungen gelegentlich als Illusionen an äußere oder innere Reize (laufendes Wasser, Ticktack der Uhr, Pulsieren der Karotis) anschließen, sahen wir schon. Wichtiger ist die Feststellung, daß gerade auf diesem Gebiete zweifellos gelegentlich auch echte Halluzinationen, nach außen projizierte und leibhaftige Trugwahrnehmungen, auftreten, die sich von normalen Gehörseindrücken nicht unterscheiden. Sehr häufig ist, wie gesagt, auch das nicht; schon Hagen hat darauf hingewiesen, daß uns Gehörshalluzinanten, wenn wir etwas Näheres von ihnen erfahren wollen, so häufig mit Wendungen, wie „Sie wissen es ja schon", abspeisen. Es handelt sich bei ihren Erlebnissen offenbar doch nicht um Vorgänge, die sich mit der dem normalen Sinneserleben angepaßten Sprache völlig bezeichnen lassen.

Dementsprechend werden die „Stimmen" keineswegs immer nach außen projiziert, sondern noch häufiger in den Kopf[1]) des Kranken, in seinen Leib, in seine Füße oder wenigstens in seine Kleider verlegt. Dem Inhalt nach sind am häufigsten beschimpfende Stimmen (Objektionen), die sich entweder dem Kranken als dieser oder jener vorstellen und ihm nun Vorhaltungen machen, ihn bedrohen und ihm Befehle erteilen (imperative Stimme), oder aber Stimmen, die sich über ihn unterhalten, für und wider ihn Partei nehmen (antagonistische Stimmen) und ihm auf diese Weise seine angeblichen Verfehlungen und die für ihn ausgedachten Strafen mit anhören lassen. Für die Patienten besonders quälend ist die nach dem früher Gesagten selbstverständliche Tatsache, daß die Stimmen nicht bloß ihre Vergangenheit kennen, sondern auch ihre gegenwärtigen Gedanken wissen. Manche Kranke klagen direkt über das Lautwerden ihrer eigenen Gedanken oder über Gedankenentzug und ziehen zur Erklärung telepathische Einflüsse heran, mit deren Hilfe ihre Feinde ihre Gedanken unmittelbar hörbar machten oder aber ihnen alles nachsprächen, was sie im Augenblick beschäftigte. Daß in solchen Zuständen nicht selten auch bestimmte Organempfindungen in der Kehlkopfmuskulatur auftreten (Cramer), entspricht bekannten physiologischen Erfahrungen, denn auch beim gesunden Denken ist die Sprache gewissermaßen immer marschbereit, und lebhaften Menschen tritt ein intensiv gedachtes Wort gelegentlich wirklich über die Lippen. Bei Kranken führt die gleiche Erscheinung wieder zu Erklärungswahnideen; sie werden gezwungen, ihre Gedanken auszusprechen, ein Feind bedient sich ihres Kehlkopfes usf.

Gesicht.

Über Gesichtstäuschungen sind wir durch die schon erwähnten Arbeiten von Johannes Müller und Kandinsky sowie durch eine berühmt gewordene Studie von Uhthoff verhältnismäßig gut unterrichtet. In der Form echter Halluzinationen treten sie, wie gesagt, am häufigsten in Zuständen mehr oder minder getrübten Bewußtseins auf, während bei klarem Bewußtsein auch Geisteskranke optisch so gut wie immer nur Pseudohalluzinationen erleben.

[1]) Der Gesunde verlegt Geräusche nur dann in den Kopf, wenn er sich unter Wasser befindet.

Freilich zu so diffizilen Unterscheidungen wie zwischen dem äußeren Raum und dem Augenschwarz und zwischen objektivem und subjektivem Raum werden wir unsere Patienten nur selten veranlassen können. Aber daran ist festzuhalten, daß besonnene Kranke ihre Visionen mit wirklichen, normalen Geschehnissen nicht häufig verwechseln. Viel eher halten sie sie für gemacht.

Dem Inhalt nach sind mikroskopisch kleine Gesichtswahrnehmungen (Kokain) oder schnell wechselnde, farbenprächtige und szenenhaft flüchtige Bilder (Haschisch, Opium oder Alkohol) für manche Vergiftungen bis zu einem gewissen Grade charakteristisch. In vielen Delirien scheinen die Visionen unseren normalen Traumerlebnissen nahe zu stehen. So wenn bei tiefer Bewußtseinstrübung die ganze reelle Umgebung versinkt, und eine völlig fremde Welt mit Gerichtsverhandlungen, Leichenzügen u. dgl. an ihre Stelle tritt. Erreicht die Bewußtseinstrübung weniger hohe Grade, so werden die gesehenen Gegenstände in die tatsächlich vorhandene Umgebung hinein projiziert, oder aber es treten schattenhafte Gestalten auf, durch die die Patienten hindurch sehen und die wirkliche Umgebung erkennen. Noch eigentümlicher sind die „Visionen", die Bleuler neuerdings als extrakampine Halluzinationen bezeichnet hat. Die Kranken „sehen" Gestalten hinter sich und beweisen damit aufs neue, wie wenig die meisten Halluzinationen wirklichen Wahrnehmungen entsprechen.

Geschmack und Geruch.

Geschmacks- und Geruchshalluzinationen können zusammen besprochen werden, weil sie sich praktisch selten trennen lassen. Schon normalerweise arbeiten beide Funktionen vielfach zusammen, und bei Geisteskranken finden wir die Behauptungen, Gift in einer Speise geschmeckt und gerochen zu haben, so gut wie immer vereint. Recht selten aber läßt sich in solchen Fällen wahrscheinlich machen, daß überhaupt Halluzinationen vorliegen. Illusionäre Verkennungen sind jedenfalls häufiger, entsprechend der Tatsache, daß diese Empfindungen schon bei gesunden Menschen vom Vorstellungsleben ganz besonders abhängen. Ja, bei vielen Patienten, die vergiftet oder durch schädliche Gerüche beeinflußt zu sein behaupten, handelt es sich überhaupt nur um wahnhafte Deutungen („intellektuelle" Illusionen s. o.), nicht um verfälschte Wahrnehmungen.

Tastsphäre.

Viel größer ist die Rolle, die den Sinnestäuschungen der Tastsphäre zukommt. Von ihnen wurde oben schon gesagt, daß ihr rein halluzinatorischer Charakter überhaupt nicht gut nachgewiesen werden kann, ebenso wie sich auf diesem Gebiete leibhaftige und nichtleibhaftige Sinnestäuschungen nicht wohl unterscheiden lassen werden. Schon beim Gesunden können auf den eigenen Körper gerichtete Vorstellungen Sensationen erzeugen, die freilich in der Mehrzahl der Fälle nur auf der Wahrnehmung von normalerweise nicht beachteten Vorgängen beruhen. Von hier aus führen zahlreiche fließende Übergänge ins krankhafte Geschehen, Übergänge, die im wesentlichen in das gemeinhin als Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie bezeichnete Gebiet hinein fallen. Je mehr Aufmerksamkeit dem angeblich erkrankten Organ zugewendet wird, um so abnormer werden die Mißempfindungen, und so ent-

steht ein krankhafter Zirkel, indem die Sinnestäuschungen durch die überwertige Idee und diese durch die Sensationen immer neue Nahrung erhalten. Von der Möglichkeit, derartige Mißempfindungen auch durch von außen kommende Suggestionen zu beeinflussen, war schon die Rede.

Im Verlaufe mancher Geisteskrankheiten (Paraphrenie, Dementia phantastica, Schizophrenie) spielen die Sensationen beim Zustandekommen des sog. physikalischen Verfolgungswahns eine entscheidende Rolle. Der spezielle Inhalt solcher Erklärungswahnideen hängt natürlich von allgemeinen Zeitströmungen ab; wo früher Hexen und Teufel herhalten mußten, werden heute die Erfindungen der modernen Physik, Röntgenstrahlen und dergleichen, herangezogen — ebenso wie auf akustischem Gebiete die drahtlose Telegraphie und das Telephon frühere übersinnliche Erklärungen verdrängt haben.

Kinästhetische Sinnestäuschungen.

Schließlich muß noch eine Gruppe von Sinnestäuschungen gesondert besprochen werden, die man als kinästhetische bezeichnet. Dieselben Geisteskranken, die am häufigsten über Sensationen klagen (Schizophrene), leiden gelegentlich auch an Trugwahrnehmungen innerhalb ihres Gleichgewichtssinnes und ihrer Bewegungsempfindungen. Sie werden im Bett geschleudert, hin und her gedreht, müssen bestimmte Bewegungen ausführen, fliegen, versinken, der Boden hebt sich usf. Zu dieser Gruppe von krankhaften Wahrnehmungen gehört übrigens wohl auch ein Teil der oben erwähnten Fälle von Gedankenlautwerden.

6. Vorkommen der Sinnestäuschungen.

Bei Geistesgesunden.

Ehe wir die einzelnen Krankheitsformen unter dem Gesichtswinkel betrachten, wie weit sie mit Sinnestäuschungen einhergehen, mag die viel erörterte Frage beantwortet werden, ob Sinnestäuschungen auch bei Gesunden vorkommen. Wir haben die Frage oben für die Illusionen und lebhaften Phantasievorstellungen im Prinzip schon bejaht. In dieser Hinsicht bestehen zwischen Gesunden und Geisteskranken zweifellos nur quantitative Unterschiede; daß sich lebhafte Phantasievorstellungen bei geistig ganz gesunden Menschen bis zu Pseudohalluzinationen versinnlichen können, ist durch die Mitteilungen von Johannes Müller z. B. einwandfrei nachgewiesen worden, und das Illusionieren an sich ist überhaupt kein krankhafter Vorgang. Zu fragen bleibt aber, ob echte Halluzinationen unter allen Umständen das Vorliegen einer Geisteskrankheit beweisen. Auch diese Frage muß heute verneint werden. Es sind Fälle sicher festgestellt worden, in denen psychisch sonst intakte Menschen vorübergehend halluziniert haben. Sie sind aber sehr selten; denn die Beobachtungen, in denen gewisse Gifte oder arteriosklerotische Rindenveränderungen Sinnestäuschungen erzeugt haben, gehören selbstverständlich schon ins pathologische Gebiet. Wollen wir diese Kranken wegen ihrer Einsicht den Sinnestäuschungen gegenüber nicht zu den Geisteskranken rechnen, so treffen wir damit eine soziale, nicht aber eine ärztlich wissenschaftliche Unterscheidung.

Als Beispiel eines Falles, bei dem es nach schon 15jährigem Halluzinieren nicht zu einer Psychose gekommen ist, mag der folgende einer jetzt 74jährigen Dame dienen.

Die Kranke hörte zunächst Geräusche, als wenn auf Eisen gehämmert würde, dann traten Glockenläuten und ganz feines Glöckchenklingen, Hornsignale, Rauschen, Klappern, Dröhnen, Scharren auf. Besonders heftig wurden diese Geräusche nach einer Influenza mit starkem Schnupfen. Schließlich verbanden sich die Geräusche zu Musiktönen, häufig zu bekannten Melodien. Die Kranke hört entweder einzelne Takte endlos hintereinander oder Chöre vom tiefsten Baß bis zum höchsten Sopran, meist Volkslieder in raschem Tempo, dann wieder Trompetengeschmetter, und oft zwei Melodien zugleich. Sie hört aber auch Melodien, die sie nicht kennt, und oft Disharmonien. Sie kann auf der Straße, in der Nähe einer Kirche, oft nicht unterscheiden, ob die Orgel wirklich spielt oder nicht. Außer Musik hört die Kranke auch Stimmen und zwar viele durcheinander wie in einer Volksversammlung. Jede Erregung, jede geistige und körperliche Anstrengung, Kummer, Sorge, Verdruß, Unterhaltung, Lesen, Nachdenken, verstärken das Halluzinieren, ebenso Magenverstimmungen und Erkältungen, Ruhe und Stille bringen etwas Erleichterung.

Manisch-depressives Irresein.

Wir wenden uns jetzt den einzelnen Krankheitsformen zu. Bei manisch-depressiven Kranken spielen Sinnestäuschungen keine hervorragende Rolle; am häufigsten sind noch illusionäre Verkennungen, die aus der Auffassungsstörung (Personenverwechslung) und aus der Stimmungslage entspringen und die namentlich erregte Kranke stark beunruhigen können. Melancholische Patienten hören zuweilen Stimmen, die sie beschimpfen und ihnen drohen, und bei hypochondrischen Verstimmungen werden häufig Sensationen beobachtet. Wenn dagegen Manische andere Trugwahrnehmungen als Illusionen erleben, so handelt es sich fast immer um lebhafte Phantasievorstellungen, in die sie sich halb willkürlich hineinsteigern und die sie wenigstens nachträglich, in der Rekonvaleszenz, von echten Wahrnehmungen sehr wohl zu unterscheiden vermögen. So hörte einer meiner Patienten Engelgesänge, sah den Himmel offen, sprach mit Gott Vater. Ein anderer beobachtete des Nachts durch die Glastür seine Frau, die sich mit einem Wärter verging, und sah seine Kinder an der Fläche des Ofens — beides wie im Kinematographen. Ein dritter Patient vernahm in der Nacht massenhaftes Stimmengemurmel, sah seine Schwester, seinen Vater, dazwischen Genoveva, zudem hörte er einzelne Worte wie: „Geh dort hin, zieh dich aus“, außerdem Schimpfworte. Der erste und der dritte Kranke befanden sich zweifellos in einer leichten Bewußtseinstrübung.

Hysterie.

Für die Sinnestäuschungen der Hysterie gilt, was für alle psychogenen Krankheitserscheinungen charakteristisch ist, sie zeigen alle Übergänge von vollkommen willkürlicher Herstellung bis zur absoluten Beherrschung des Kranken durch das pathologische Geschehen. Freilich ist dieses letzte Extrem doch selten, häufiger erwecken die Kranken den bestimmten Eindruck, daß sie beim Zustandekommen ihrer lebhaften Phantasievorstellungen mithelfen und daß sie selbst die illusionären Verkennungen wohl unterlassen könnten, wenn sie mehr guten Willen oder wenigstens mehr Energie aufbrächten.

Bei manchen hysterischen Kranken sind Sinnestäuschungen sehr häufig. An jede stärkere Gemütsbewegung können sie sich anschließen (Ziehen)

und oft werden sie in spielerischer Phantasietätigkeit auch ohne das hervorgerufen. Das „Wachträumen“ geht allmählich in traumhafte „somnambule“ Zustände über, die Patienten, die sich mit religiösen oder erotischen Gedanken beschäftigen, sehen den Himmel, Gott Vater, Christus vor sich, beobachten Christi Wunden an ihren Händen, hören Glockenläuten, Sphärengesänge u. dgl. Oder der Kaiser spricht mit ihnen, Hindenburg sagt sich an, will sie empfangen, ein Fürst erklärt, daß er die Kranke liebt und heiraten will. Noch häufiger sind ängstliche Visionen, die namentlich als „hypnagoge Halluzinationen“ beim Einschlafen auftreten. Gefürchtete Personen wie Schutzleute, der Staatsanwalt, der Henker, der Lehrer stehen plötzlich im Zimmer, Särge, Leichen, Gespenster, Fratzen, Tiere (Raecke) tauchen auf, bewegen sich, schweben durch den Raum, klettern durch Fenster, Personen setzen sich aufs Bett. Fast immer wechseln die Sinnestäuschungen szenenhaft, verändern und bewegen sich. Visionen sind häufiger als Gehörstäuschungen (Brausen, Schießen), und drohende oder lobende Stimmen werden nur selten gehört.

Ziehen bezeichnet als charakteristisch die Multiplizität der Sinnestäuschungen. Nach Charcot sollen sich farbige und bewegliche Tiervisionen immer von der anästhetischen zur empfindenden Körperhälfte bewegen. Binswanger hebt hervor, daß die hysterischen Sinnestäuschungen außer von Vorstellungen auch von wirklichen Empfindungen abhängen. Sexuelle Sensationen lösen erotische Erlebnisse, Oppressionsgefühle schreckhafte Szenen, wie Zugentgleisungen, Abstürzen, Ertrinken, Erdrosselt-, Gefoltertwerden etc. aus.

Oft leitet sich ein Anfall oder eine neue Krankheitsattacke sonst mit typischen Halluzinationen ein: Farben, Feuer, Blitze werden gesehen oder auch ganze, flächenhafte Bilder angenehmen oder unangenehmen Inhalts. Für den sinnlichen Charakter dieser Täuschungen ist bezeichnend, daß die Patienten oft durch die Gestalten, Schatten etc. hindurch, sowie daß sie vorhandene Gegenstände (auch mit nur einem Auge) doppelt oder dreifach sehen. — Bei manchen Angaben, die als Sinnestäuschungen gedeutet werden könnten, handelt es sich wohl überhaupt wahrscheinlicher um traumhafte Auffassungen ohne sinnliches Erlebnis; so wenn das Wasser vergiftet sein soll, Unterseebote unter der Erde fahren, das Zimmer eine verschlossene Grabkammer darstellt, auf dem Boden abgeschnittene Köpfe herumliegen usf.

Beispiel 1. Schwere, durch Jahre bestehende Erkrankung mit religiösen und sexuellen Vorstellungen.

Pat. erlebt Christus' Kreuzigung, fühlt, wie die Nägel durchs Fleisch dringen und den Armen Kreuzesstellung gegeben wird. Sieht außerdem den Mephisto mit der Hahnenfeder mit dem Gesicht ihres Mannes, zuweilen auch Frau Sorge in langen grauen Gewändern, wenn sie daran denkt, auch Heinzelmännchen.

Beispiel 2. Soldat nach Granatverschüttung.

Macht des Abends Bewegungen, wie beim Angreifen, legt an, schießt, nimmt den Helm ab wie zum Gebet, sagt „Jawohl Herr Hauptmann“, gerät dann wieder in Bajonettkampf, erstattet Meldungen, bedient das Telephon, öffnet Pakete, verteilt Liebesgaben, öffnet eine Flasche, schenkt erst den Kameraden, dann sich selbst ein, trinkt. Verbindet einen verwundeten Kameraden, gibt ihm zu trinken; gräbt ein Grab, weint daran anschließend bitterlich. Gerät in Kampf mit den Schwarzen, schlägt verzweifelt um sich, ringt erbittert mit einem Schwarzen, erhält einen Schlag ins Genick, fällt um.

Charakteristisch für manche Fälle ist auch Beispiel 3.

Fräulein Sp., 24 Jahre alt. Ich hab furchtbar viele Stimmen immer gehört, ob ich das nun selbst gewesen bin, weiß ich nicht. Ich hab Namen nennen hören von meiner

Mutter und von meiner Freundin, klagende Stimmen, daß ich vielleicht sterben würde, daß mein Vetter sich meinetwegen das Leben hätte nehmen wollen. Es war, als wenn er immer da war, und als wenn er mich immer gequält hätte. Im Bett war es, als wenn einer mit dem Bohrer in mein Herz hinein bohrte und als wenn einer mit dem Stock aufs Bett schlug, hinten am Kopfende. Gesehen hab ich niemand. Ich hab aber bestimmt geglaubt, er wäre da, ich meinte, ihn raus gehen zu hören, und wie er rein kam; seine Stimme hab' ich nicht gehört. Was früher gewesen ist, hab ich noch mal wieder durchgemacht, auch geträumt. Meine Mutter war gestorben, hab ich geglaubt, aus Angst. Was wirklich war und was ich mir eingebildet habe, kann ich gut unterscheiden. Eines Morgens zu Hause hat sich alles bewegt. Als meine Freundin da war, ging alles auf und ab, die Bänder von der Schürze meiner Freundin und alles.

Daß auch bei Hysterischen, namentlich wenn sie wenig intelligent sind, extrakampine Halluzinationen vorkommen können, mag schließlich Beispiel 4 beweisen.

Frl. Schl., 17 Jahre alt, sieht oft eine Frau am Tage, die zu ihr spricht und ihr Aufträge erteilt, die sie ausführen muß. Die Frau hat einen schwarzen Schleier; weiter kann sie sie nicht beschreiben. Die Frau steht hinter ihr.

Haftpsychosen.

Von anderen psychisch bedingten Seelenstörungen gehen die Haftpsychosen regelmäßig mit Sinnestäuschungen einher. Dabei werden wir mit Kraepelin zwischen den Ganserschen Bewußtseinstrübungen der Untersuchungsgefangenen und der Wirkung langfristiger Freiheitsstrafen unterscheiden müssen. Die Sinnestäuschungen der ersten Gruppe, für die zuerst Beispiele mitgeteilt werden sollen, stehen den sonst bei Hysterie vorkommenden naturgemäß nahe und bestehen in deliranten, szenenhaften Täuschungen, die fast ausschließlich den Gesichtssinn betreffen.

Beispiel 1:

Der Polizeihund sieht mich immer an, seit ich in Dreibergen bin, das seh ich so deutlich wie Sie. Wenn ich zugreife, ist der Hund weg, da ist er, aber ich kann ihn nicht fassen. Die anderen sehen ihn nicht. Die sagen, da kann keiner rein kommen; die Tür ist ja verschlossen. Ich hab ihn ja genau gesehen; er sieht genau so aus wie andere Hunde. Durch die Tür ist er gekommen.

Einen Mann hab ich gesehen mit einem Totenkopf, da waren mehr, die hatten alle einen Totenkopf. Die haben mich alle angesehen. Gesagt hat er nichts, er singt. Anfassen konnte ich ihn nicht, ich konnte mich nicht rühren.

Beispiel 2: Ein anderer Patient schildert seine Erlebnisse wie folgt:

„Ich wache plötzlich auf; es kommt jemand ins Zimmer hinein, schmeißt Schlüssel herunter, macht Türen auf, steht plötzlich vor mir, hat irgend einen schweren Gegenstand oder ein schweres Messer, schlägt dann zu, ich fühle dann stechende Schmerzen, fahre zusammen, kneife Augen zu, bleibe 5—10 Minuten in einer Art Krampf liegen. Dann springe ich auf, und sehe, daß nichts gewesen ist. Das wiederholt sich jeden Abend. Die Person ist meistens ein Mann, kein Schatten. Ich sehe ihn genau wie die Menschen am Tage".

Die Sinnestäuschungen, die nach langjährigen Freiheitsstrafen auftreten, betreffen vorwiegend das Gehör. Vor der Zelle sprechen die Aufseher und Gefangenen über den Kranken, verspotten, foppen, beschimpfen ihn, drohen, er solle hingerichtet, gemetzgert werden. Dazwischen ertönen Glocken und Musik. Häufig sind ferner Empfindungen am Körper, die Wärter kommen, prügeln und kitzeln den Kranken, der Arzt und der Gefängnisdirektor elektrisieren und hypnotisieren ihn, um Geständnisse zu erreichen, im Bett sind Flöhe, im Essen ist Gift, das der Kranke auch in der Luft riecht. Schwarze Gestalten und Fratzen erscheinen an der Wand; die Wand bewegt sich auf den Kranken zu.

Beispiel 3:

„Der Kaffee ist zu dünn, da ist Medizin drin, Gift, Medizin ist doch Gift. Wenn oben auf dem Kaffee Fettperlen sind, wenn man Petroleum auf den Kaffee gießt, dann sind da so rötliche Blasen drauf, so war das. Wenn Sie mir einen Becher Schwefelsäure geben, Herr Doktor, dann muß ich das trinken, weil ich hier in Behandlung bin. Es setzen sich irgend welche Leute mit uns in Verbindung, man sieht alles, man hört alles. Mit geschlossenen Augen konnte ich eben in den Garten sehen, eben auf den Flur, ich kann doch den so nicht sehen. Ich ging spazieren im Garten, da kam Herrn Dr. F. seine Gestalt, so ähnlich kam durch ein Fenster, da sagt Herr Sanitätsrat, der gerade Visite ging: Herr Dr. F. lassen Sie das noch nach, das ist noch zu früh. Er sagte das nicht deutlich, aber hören konnte man das doch. Die Stimmen sind nicht so deutlich wie sprechen, es hört sich an, als wenn das deutliche Sprachen sind, aber es ist weit weg. Ich höre gewöhnlich am Nachmittag die Stimme: „Du sollst ein Mädchen bekommen." Einmal sah ich weibliche Gestalten vor mir."

In anderen Fällen haben die Sinnestäuschungen den spezifischen Charakter der schizophrenen Halluzinationen und beweisen die Zugehörigkeit der betr. Haftpsychose zur Dementia praecox. Es sei deshalb auf die unten folgende Besprechung verwiesen.

Fieberdelirien. Amentia.

Die Sinnestäuschungen des Fiebers und der Infektionskrankheiten können zusammen besprochen werden, weil es unmöglich ist, aus der Art der Halluzinationen die Ätiologie herauszulesen. Andeutungen dieser Vorkommnisse sind den meisten Menschen geläufig, Illusionen, die an das Tapetenmuster anknüpfen, hat wohl jeder irgend einmal erlebt. Auch hypnagoge Halluzinationen, die nach dem Öffnen der Augen wieder verschwinden, treten schon bei weniger disponierten Personen leicht auf. Im ganzen überwiegen wie bei allen Delirien Visionen. Die Kranken sind von bunten, schnell wechselnden, traumhaften Bildern umgeben, deren Inhalt bald ängstlich-traurig, bald heiter gefärbt ist.

Neben optischen kommen auch elementare Gehörstäuschungen wie Glockenläuten und Schreien vor und ferner gewisse Sensationen, wie das bekannte Gefühl des endlos wachsenden Kopfes. Besonders häufig sind Bewegungsempfindungen, Fliegen, Herabfallen, Segeln. Von denen des Alkoholdeliriums unterscheiden sich die szenenhaften Halluzinationen des Fiebers durch ihre geringere Suggestibilität und dadurch, daß ihr Inhalt nicht so häufig der gewohnten Alltagsbeschäftigung entnommen ist (Bonhoeffer).

Unterschiede im einzelnen lassen sich wohl noch am ehesten mit der Schwere der Bewußtseinstrübung in Beziehung setzen. Je tiefer diese ist, um so mehr überwiegen verworrene Visionen, je klarer das Bewußtsein, um so eher werden auch Gehörstäuschungen erlebt; diese können dann sinnliche Deutlichkeit erlangen und doch vom Urteil als irreal erkannt werden. So hörte eine Patientin meiner Beobachtung im Beginn des Wochenbettfiebers (allerdings, nachdem sie ein Zentigramm Morphium erhalten hatte) aus einer Zimmerecke Räuspern und Schnauben, im Kleiderschrank gleichsam auf einen Kessel schlagen und von der Decke her undeutliche Stimmen reden, schließlich sah sie ihren Mann — „nur dicker als sonst" — auf dem Bettrande sitzen und weinen. Alles das unterschied sich unmittelbar von realen Wahrnehmungen — auch in der Erinnerung — gar nicht, wurde aber trotzdem sofort als Sinnestäuschung beurteilt.

Differenzierungen, die etwa einen Rückschluß auf die Art der Infektion zuließen, kennen wir nicht. Ja, die Halluzinationen der infektiösen Delirien gehen sogar ohne Trennung in die über, die wir nach der Entfieberung sowie nach schweren Blutverlusten bei perniziöser Anämie, Karzinomkachexie etc. beobachten (Amentia). Immerhin überwiegen bei diesen Formen Illusionen und bloße Auffassungsstörungen vielleicht noch mehr über wirkliche Halluzinationen, und beim Kollapsdelir nach schweren Blutverlusten scheinen gewisse szenenhafte Erlebnisse von fabelhaftem Inhalt — Weltuntergang, eigenes Begräbnis — häufiger zu sein als beim Fieber.

Beispiel 1. Angina:

Patientin sah plötzlich Kinder bei sich im Bett liegen, und ebenso welche hinter den Handtüchern stehen. Dann sah sie ihre Mutter, die Schrauben in den Augen, Mund und Nase hatte und jammernd durch eine Maschine hindurch gedreht wurde. Der Vater hatte den Tischler da und bestellte laut den Sarg.

Beispiel 2. Puerperalfieber:

„Mir war immer als wenn ich meinen Bruder immer weinen hörte. Er wollte immer was von mir haben, Geld oder irgend was zu leben. Es war immer, als wenn ich ihn sah. Martha, Martha, hörst du mich gar nicht weinen? sagte er immer. Ich habe geglaubt, er sei da. Es war mir mal, als wenn mein Vater tot wär', als wenn er nicht mehr lebte. Die Kleine hab ich immer gehört, daß sie sich freuen wollte, und immer Mamma sagte, konnte sie aber nicht nehmen, nicht zu ihr kommen. An meinem Ohr hab ich sie gehört. Zu allererst war mir, als wenn die Kleine auch tot wär. Als ich zur Besinnung kam, war mir, als wenn ich hier im Krankenhaus läge und etwas weiter, da läge mein Mann, als wenn er auch verwundet wäre. Wenn ich gemessen wurde, glaubte ich immer, ich sollte die Uhr von der Schwester genommen haben, und die Uhr war doch da, am Arm der Schwester, und ich hatte sie doch nicht genommen."

Pathologischer Rausch.

Beim pathologischen Rausch überwiegen optische und taktile Täuschungen, die alle Übergänge von bloßen ungenauen Wahrnehmungen bis zur Halluzination zeigen. Männer steigen ins Fenster, Schatten kommen und gehen, der Boden tut sich auf, auf der Erde kriechen allerhand Tiere, die Kranken werden in die Beine gestochen, an den Füßen gezogen.

Delirium tremens.

Über die Sinnestäuschungen des Delirium tremens verdanken wir Bonhoeffer eine erschöpfende Schilderung. Sie betreffen vorwiegend das Auge, in zweiter Linie den Tastsinn und das Gehör. Visionen stellte Wassermeyer in 141 von 154 Fällen, Liepmann in 70 % seiner Beobachtungen fest. Besonders charakteristisch ist das kombinierte Auftreten von Halluzinationen verschiedener Sinnesgebiete.

Die Visionen stellen selten nur Schatten dar. In der Regel erlangen sie große sinnliche Deutlichkeit und werden deshalb fast immer für wirklich, selten für Vorspiegelungen (Kinematograph) gehalten. Sie zeigen einen raschen, szenenhaften Wechsel, so etwa wie die flüchtigen Traumbilder, und betreffen zumeist zusammenhängende Erlebnisse von gewöhnlich ängstlicher Färbung. Der Inhalt ist meist abenteuerlich, die Kranken sehen abgehauene Köpfe, Leichen, Feuer, zusammenstürzende Wände, herabstürzendes Wasser. Alle optischen Halluzinationen bewegen sich lebhaft, der Arzt wackelt mit dem

Kopf, die Räume schwanken, Mauern senken sich, Kirchtürme stürzen ein. Bonhoeffer macht darauf aufmerksam, daß sich Deliranten dieser Halluzinationen wegen so häufig mit aller Kraft gegen eine Wand stemmen.

Von jeher haben Tiervisionen als besonders charakteristisch gegolten, was mit der Neigung der Visionen zur Bewegung zusammenhängen mag. Im ganzen ist die Häufigkeit dieser Halluzinationen wohl überschätzt worden; immerhin sieht man heute im Dauerbad die populären Ratten und Mäuse doch noch häufig durch Fische verdrängt werden.

Die Eigenart der Visionen erklärt — im Verein mit der Aufmerksamkeitsstörung und der motorischen Unruhe — die Orientierungsstörung, die im Verhältnis zur Tiefe der Bewußtseinstrübung fast stets groß ist, sowie das charakteristische äußere Verhalten der Deliranten. Sie verkennen beinahe immer ihre Umgebung, glauben im Wirtshaus, an ihrer Arbeitsstätte oder sonst in irgend einer altgewohnten Umgebung zu sein, befinden sich auf dem Bock und kutschieren, malen, hobeln, feilen in der Werkstatt, trinken, rauchen und spielen Karten im Wirtshaus. Alle Gegenstände, die sie bei diesen Beschäftigungen um sich zu sehen gewohnt waren, werden in die tatsächlich vorhandene Umgebung hinein halluziniert oder in ihr illusionär verkannt. Ärzte und Pfleger sind alte Bekannte, die Mitpatienten Kneipkumpane, ein zusammengerolltes Taschentuch wird als Kind, eine Bettdecke als Angelrute, das Bett als Schenktisch bezeichnet.

In diesen Beschäftigungsdelirien verbinden sich die Visionen häufig mit Sensationen. Diese sind, ebenso wie krankhafte Veränderungen des Lagegefühls, auch sonst an der Tagesordnung; Ameisen, Kröten, Spinnen laufen über den Körper, Hunde beißen den Kranken ins Bein, das Bett wird bewegt, der Kranke selbst wird hin und her geworfen und fliegt etc. Auch im Munde fühlen die Kranken häufig Fremdkörper, Haare, Würmer und schmecken Kautabak und Zigarren. Immerhin scheinen eigentliche Geschmacks- und Geruchshalluzinationen selten zu sein.

Gehörstäuschungen sind kaum halb so häufig wie Visionen. Die Kranken hören Geräusche wie Rauschen, Murmeln, Plätschern, Schießen, Klingen, Musikstücke und Stimmen, die sie für Geisterstimmen erklären oder auf telepathische Verbindungen zurückführen. Die Halluzinationen haben häufig einen rhythmischen Charakter und schließen sich an das Ticken der Uhr, das Tropfen des Wasserhahns etc. an. Imperative Halluzinationen kommen nach Bonhoeffer nicht vor. Zumeist begleiten die Stimmen die optischen Erlebnisse und werden in der Form der Unterhaltung in die so erlebten Szenen eingeordnet. — In der Ruhe nehmen die Halluzinationen regelmäßig an Häufigkeit ab.

Alle Sinnestäuschungen der Deliranten sind in besonders hohem Maße suggestibel. Von Liepmanns Versuch war oben schon die Rede und ebenso von der alten Methode, die Kranken von einem leeren Blatt ablesen zu lassen. Nachzutragen ist, daß es gewöhnlich zusammenhangs- und sinnlose, zerfahrene Produkte sind, die auf diese Weise veranlaßt werden. Zweckmäßig, namentlich zum Zwecke der Demonstration ist auch die Prüfung von Aschaffenburg, der die Kranken ans Telephon ruft und dort nach Ausschließung aller Nebengeräusche die längsten Gespräche führen läßt. Oder man gibt ihnen scheinbar ein Geldstück in die Hand, das sie dann ergreifen, fallen lassen, wieder aufheben usf.

Erwähnt sei schließlich, daß die Perzeptionsschärfe der Sinnesorgane beim Delirium tremens anscheinend nicht herabgesetzt (Bonhoeffer) ist; selbst die charakteristische Lesestörung verschwindet bei Anspannung der Aufmerksamkeit vorübergehend.

Beispiel 1:

Um Ostern herum wurde sein Vater in Güstrow begraben. P. mit Frau und Kindern folgte dem Sarge; dabei wurden Frau und zwei Kinder erschossen von den Seligenstädtern, die aus einem bei Frankfurt stehenden Regiment hierher versetzt sind und schon früher mit den Lübeckern Streit gehabt haben. Diese hätten wohl geglaubt, er sei an dem Streit Schuld gewesen. Nachher wollte man ihn aufhängen, weil er ein unehrenhafter Soldat sei und seine Frau schlecht behandle, auch hat ein Kamerad nachts in seinem Zimmer Feuerwerk abgebrannt. P. hat alle diese Vorgänge genau gesehen, die Schüsse gehört und ist von der Wirklichkeit fest überzeugt. Außerdem sah er noch Katzen und Hunde in großer Zahl, Menschen, die miteinander kämpften und sich die Köpfe abrissen, und hörte Musik spielen. Er sollte ein Kind umgebracht und Geld gestohlen haben, sah einen Hund in seinen Stiefelschaft kriechen und einen 1000 Markschein nach dem andern herausziehen. Dann waren seine Stiefelschäfte ganz zerrissen, sein Magen sollte herausgerissen sein.

P. hat 156 Schüsse gezählt, die auf ihn abgegeben worden sind. Sein Körper war ganz durchlöchert, die Augen wurden ihm ausgestoßen, die Glieder zerschlagen. Er sah, daß seiner Frau die Brust weggeschossen und die Kinder getötet wurden, es war grauenhaft.

Beispiel 2:

Sieht Fäden, Ringe, Kreuze, Sterne, Blitze, Funken bei Druck auf die Augenlider. Hört den Frauengesangverein, den Rabbiner sprechen, fängt Mücken auf der Bettdecke, liest Zahlen und Namen vom weißen Blatt Papier. Hört immer Worte Dardanellen-Branntwein, Dardanellen-Raps, Dardanellen-Schnaps. Pustet vom Schnurrbart etwas weg, was da sitzen soll. Erkennt den Arzt als alten Freund. Nachts holt er Patienten aus dem Bette, drängt zur Tür. Hört wieder den Rabbiner, der ihm Schweinereien zuruft, behauptet in der Kirche zu sein, wo lauter Leichen lägen, hört die Orgel, will 1000 Läuse auf dem Kopf haben, massenhaft Fliegen im Bart. Die Haare seien zentimeterlang hervorgewachsen.

Halluzinose[1]).

Viel auffallender als beim Delirium tremens ist das Auftreten der Sinnestäuschungen bei den nahezu völlig besonnenen Kranken, die an Alkoholhalluzinose (halluzinatorischem Wahnsinn der Trinker, Wernicke) leiden. Bei ihnen dominieren Gehörstäuschungen, die sich trotz aller Widersprüche in das tatsächliche Erleben der Kranken hineinordnen und bei klarem Bewußtsein und gutem Urteil zu den eigentümlichen Wahnbildungen dieser Psychosen Anlaß geben. Zuerst tritt gewöhnlich eine Überempfindlichkeit gegen Geräusche auf, dann hören die Kranken Sausen im Kopf, Klingen in den Ohren, Singen, Musik, Schießen, Schreien etc. Noch häufiger sind Stimmen, die den Kranken zur Aufmerksamkeit zwingen, auch wenn er noch von dem subjektiven Charakter der Täuschungen überzeugt ist. Sie sind scharf lokalisiert, werden aber fast niemals auf vorhandene und anwesende Personen bezogen, sondern kommen aus der Wand, aus dem Kopfkissen, vom Fußende des Bettes. Sie haben bestimmten Klang und Charakter, es sind Männer, Frauen, Kinderstimmen, der Wirt, der Dienstherr, die Frau, der Polizist reden über den Kranken. Charakteristisch ist ferner die Massenhaftigkeit und Gleichzeitigkeit mehrerer Stimmen („Stimmengewirr"), häufig von taktmäßigem, rhythmischen Auftreten, unter Umständen im Takte des Pulses oder der Uhr. Zumeist sind es einzelne Worte oder kurze Sätze, gewöhnlich unangenehmen Inhalts: „Lump,

---

[1]) vgl. Bonhoeffer.



Vagabund, du versaufst alles, Mörder, Totschläger, der hat seinem Kind den Kopf abgebissen." Die Stimmen, die häufig in der dritten Person vom Patienten sprechen (Heilbronner), drohen, er soll geköpft, lebendig begraben, viviseziert werden, ins Zuchthaus kommen, oder sie befehlen ihm, sich aufzuhängen, zu ertränken etc. Daneben unterhalten sich dritte über den Kranken, oder die Stimmen wiederholen die Gedanken des Patienten (Gedankenlautwerden) und knüpfen unangenehme Bemerkungen daran. Man verabredet einen Überfall, hält im Nebenzimmer eine Gerichtsverhandlung über den Kranken ab, telephoniert sich die Zeit der Hinrichtung usf.

Visionen treten zurück, werden aber doch in der Mehrzahl der Fälle beobachtet. Es handelt sich dabei um abenteuerliche Erlebnisse, wie beim Delir, die zumeist in der Nacht beobachtet werden: der Herrgott im Pelzmantel an der Decke, Ochsen vor eine Lokomotive gespannt, eine Frau ohne Kopf (Bonhoeffer).

Andere Sinnesgebiete sind wenig beteiligt, am häufigsten kommen noch abnorme Hautempfindungen (Gefühl von Angespritztwerden, ein kalter Hauch, ein feiner Regen etc. Schroeder) vor. Intestinale Sensationen sowie Geruchs- und Geschmackshalluzinationen müssen stets den Verdacht erwecken, daß es sich nicht um rein alkoholische Psychosen handelt (Bonhoeffer).

Beispiel.

Patient hatte zunächst ein starkes Angstgefühl, als ob ihn der Teufel holen würde. Dann hört er Stimmen, die auf ihn einreden. Anfangs weiß er genau, daß die Stimmen seine eigenen Gedanken sind. Dann hört er die Stimmen so, als ob jemand flüsternd zu ihm spräche und z. B. sagte: Morgen wirst du wieder gesund sein oder du wirst nun sterben. Es sind aber nicht die Stimmen von Bekannten, sondern fremde Stimmen. Sie haben einen starken Einfluß auf ihn. In früheren Jahren bei seinen ersten Anfällen hat er auch Menschen gesehen, die erst vor dem Fenster standen und dann hereinkamen und zu ihm sprachen. „Der eine hatte einmal einen Affen auf dem Arm, den fragte ich, ob er der Teufel wäre, der mich holen wollte." — Er hört aber auch, was tatsächlich um ihn her vorgeht, so wie einmal ein Wärter gesagt hätte, der hat sich nun wieder einmal vollgesoffen.

Halluzinatorischer Schwachsinn der Trinker.

In übrigens wohl sehr seltenen Fällen geht die Halluzinose in einen chronischen Defektzustand über, in dem die Sinnestäuschungen dann unter ähnlichen Erscheinungen viele Jahre fortbestehen können.

Beispiel:

Frau H., 67 Jahre alt, hört seit Jahren Stimmen, die schlecht von ihr sprechen. Man behauptet, sie tränke Spirituosen, wolle einen Pastor zum Heiraten bestimmen. Man verwechsle sie mit jemand anders und sage ihr zu Unrecht Schlechtigkeiten nach. Vor allem würden schmutzige Reden über sie geführt, sie solle es mit anderen Männern gehalten haben. — In der Nacht werden unsittliche Attentate auf sie gemacht. Zuweilen sieht sie in der Nacht massenhaft Affen in dem Saal. Die Bettbezüge haben bald rot, bald blau, bald grün ausgesehen.

Beim Eifersuchtswahnsinn der Trinker spielen selten echte Halluzinationen, häufiger Auffassungsstörungen mit gewissen illusionären Verkennungen eine Rolle.

Kokainwahnsinn.

Von anderen toxischen Psychosen sei hier, nachdem von der akuten Opiumvergiftung schon die Rede gewesen ist, noch der Atropinrausch und der



Kokainwahnsinn erwähnt. Während wir bei der Atropinvergiftung massenhafte Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten beobachten, pflegt der Kokainwahnsinn vornehmlich Sensationen und Visionen, und zwar häufig solche von mikroskopischer Kleinheit, hervorzurufen. Ihnen entsprechen charakteristische Wahnideen; der ganze Körper ist mit Ungeziefer bedeckt usf. Einer meiner Patienten, ein Lehrer, hatte sich eine Beleidigungsklage zugezogen, weil er eine Wohnung nach der andern nahm und immer behauptete, es sei Ungeziefer vorhanden. Ein anderer hat sich in dem Bestreben, die Tiere zu töten, ausgedehnte Chloroformverbrennungen der Haut zugezogen, nachdem er schon vorher mit scharfen Kämmen und Skalpellen gearbeitet hatte. Eigentümlich ist, daß die Kranken das, was sie in der Haut fühlen, auch mit anderen Sinnen bestätigt finden; sie sehen das Ungeziefer sich bewegen, Ärzte zeigen die Läuse etc. unter dem Mikroskop, andere Patienten hören die Tiere zwischen den Fingern knacken. Die Visionen nehmen übrigens häufig phantastische Gestalt an; eine Kranke meiner Beobachtung sah z. B. mythologische Personen in sexuellen Situationen, Leda mit dem Schwan, ein Zentaur eine Nymphe koitierend usf. — Außerdem haben die Patienten zuweilen das Gefühl, als wenn die Zunge geschwollen, die Beine schwer wie Blei wären, und als ob die Gegenstände im Zimmer sich bewegten. Einer meiner Kranken ging dieser Täuschung wegen um alle Möbel im großen Bogen herum.

Andere Vergiftungen.

Eine Komplikation von Hysterie mit **Mißbrauch von Adalin, Veronal** und **Aspirin** lag im folgenden Beispiel vor:

Frau Z. 44 Jahre alt. „Plötzlich kamen die Kinder heraus, und dann war jemand neben mir. — Ich hörte die Gäste, die ich erwartete, ganz leise kommen und ich rief: kommt doch schnell. Dann hörte ich die Kinder immer auf der Diele und ich hörte sie rufen: „Mutti", und ich hörte sie was fragen. An der Tür mochte ich nicht vorbei gehen, da hockte immer jemand. Gegen Abend fing das Huschen an. Am linken Ohr hörte ich immer jemand sagen haa, haa. — Einmal nachts sah das Gesicht meines Mannes aus wie das eines Wahnsinnigen. Ich sah auf seinem Gesicht immer was ich dachte. Ich hustete und da hörte ich, wie mein Mann sich übergab, das war aber nicht wirklich.

Dann hörte ich immer Militärmusik. Mein Mann sagte, es sei keine Musik da, aber ich hörte sie doch weiter. Ich hörte einen Mann, der hatte Knarrstiefel an; es war aber keiner da, mein Mann hatte die Türen abgeschlossen.

Ich hörte vor meiner Tür den Posten ablösen; erst füllte sich das Haus mit Soldaten. Es war ordentlich hübsch, so stramm. — Einmal hörte ich Sturm und Regen und dann eine Droschke vorbeifahren, die durchnäßte Leute nach Hause fuhr. — In einigen Nächten war es, als wenn ich in einem Kinotheater wäre; ich habe nicht schlafen können vor Lärm. Am Sonntag abend habe ich die Stimme meines Schwagers gehört. Ich sagte immer: laß ihn doch rein. Ich hörte ihn im Kursbuch lesen. Ich rief noch: komm doch rein, du brauchst dich nicht zu genieren. Einmal hatte ich das Gefühl, als sei mir der Kopf geplatzt; ich fühlte, als wenn eiskalte Nebel mich umgäben, und ich fühlte „das ist der Tod", und dann streichelte mich mein Mann, und ich dachte „warum streichelt er mich, ich bin ja tot".

Am Sonnabend lief der Wasserhahn etwas länger, und da sah ich in meinem Zimmer immer Wasser laufen.

Als die Mädchen heute Wäsche holten, dachte ich, da wäre der Hund meines Mannes, aber ich wußte, es konnte nicht sein, und ich kämpfte es nieder. Ich habe ein Singen im Ohr, einen Klingelton, ein Summen. Jetzt werden die Stimmen matter als zu Hause. Wenn es sich immer wiederholt, weiß ich, das ist Einbildung.

Einmal war meine Hand ganz geschwollen und die von meinem Mann auch, als wollten sie platzen. Als mein Mann dann Licht machte, sah ich, daß es nichts war.



Die Kinder habe ich gesehen, das war, als wenn einer weg war. Die Luft flimmerte so wie im Sommer manchmal.

Lautes Lachen auf der Straße und Wispern im Ohr habe ich gehört.

Wenn ich sprach, war es gar nicht meine Stimme, einmal war es, als wenn mein Bruder spräche. Einmal lag mein Kleinster in meinem Bett und weinte immer Mutti, Mutti.

Epilepsie.

Die Sinnestäuschungen der Epilepsie zeichnen sich durch große sinnliche Deutlichkeit, durch gesättigte Farben und durch einen ängstlichen, schreckhaften Inhalt aus (Binswanger). Aber auch religiös ekstatische, erhabene und heitere Delirien werden beobachtet. Fast immer überwiegen Visionen; die Kranken sehen von allen Seiten Wasser auf sich eindringen, eine Blutlache, ein Feuermeer umgibt sie, zahlreiche Tiere oder Menschen mit Waffen, Teufel, Geister stürzen auf sie ein, die Wände bewegen sich auf sie zu, das Haus fällt zusammen, ein Abgrund tut sich vor ihnen auf, Diebe und Mörder dringen ins Haus. Vielleicht neigen die Kranken dieser Sinnestäuschungen wegen so oft zu brutalen Gewalttaten. Auch kinästhetische Sinnestäuschungen kommen zuweilen vor, ebenso nicht selten Gehörstäuschungen. Die Patienten hören Geräusche, Donnern, Poltern, Schießen, Trommelwirbel, Soldaten marschieren auf, der Kaiser kommt, Engelstimmen jubilieren, verstorbene Angehörige rufen ihnen aus dem Himmel frohe Botschaften zu, oder es erklingt ein furchtbares Geschrei. Stimmen schimpfen über den Patienten oder machen ihm Vorwürfe.

Sensationen scheinen nicht oft vorzukommen, dagegen werden gelegentlich Geruchstäuschungen angegeben; ein Gestank erfüllt das Zimmer, die Schwefelgerüche der Hölle dringen zu dem Kranken.

Die Sinnestäuschungen können als Aura einen Anfall einleiten und zwar gewöhnlich in elementarer Form als Blitze, Lärmen, feurige Gestalten, ein Schimpfwort, ein Zuruf. Am häufigsten werden sie (nach Ziehen in $^4/_5$ aller Fälle) während der Delirien beobachtet, aber auch nach den Krampfanfällen kommt es nicht selten zu visionären Traumbildern und vereinzelten Stimmen. So sagt eine meiner Kranken nach dem Anfall regelmäßig: „Da klopft immer was aus dem Ofen heraus, die wollen mich hinrichten". Endlich erleben ältere Epileptiker zuweilen auch bei sonst erhaltenem Bewußtsein einzelne Sinnestäuschungen. Binswanger gibt an, daß auch die Brombehandlung Halluzinationen veranlassen könne.

Beispiel 1:

Am Himmel schwebten immer Figuren, angezogene Frauen, nicht wie Engel, die machten immer Verbeugungen. Bulldoggen, die stierten mich immer an. Die Peters hat mich nachts verfolgt, sie ist gekommen und ist dann in einer Ritze verschwunden, durch den Mantel, sie traute sich selber nicht. Ihre Haare in meiner Tasche, was Schlechtes hat sie zwischen die Milch gegossen. Die Tiere waren fortwährend bei mir am Körper, ich hab Wunden gehabt, ich war ganz wund. Wenn ich sie fort haben wollte, kamen sie immer wieder, ich hab sie angestupst, und sie haben mich immer angestiert. Gescholten hat die Peters auch, ich hab ihr einen Klaps gegeben, ich werde mir doch nichts gefallen lassen. Die Bulldoggen sind am Schrank rauf und runter gelaufen, gebellt haben sie nicht.

Beispiel 2:

Wie ich mal in der Ecke lag, war es, als wenn ich grüne Schanzen sah. Die Zelle war ganz rot, und ein Schlachter stand neben mir mit seinem Gesellen. Mir sind früher



rote Striche in die Augen gemacht worden. Wenn ich bloß so tu, dann ist da oben ein rotes Kreuz. Ich hab einen Ring von drei Farben um meinen Leib, rot, grün und blau. Rot unten, grün in der Mitte und blau oben; jetzt ist es mehr verwischt. Weswegen bekam ich eine blaue Krone unter meinem Arm, in den Haaren, richtig so rein gestochen, das ist alles mit Gewalt gemacht worden, richtig so, als wenn es raus sprang. Zwei goldene Stränge gingen an meinen Beinen in die Höhe. Weswegen sind mir die ganzen Zeichen in die Hand gemacht worden? Rote Flammen waren im Zimmer, das ist alles Geld, wovon hab ich jetzt Geld in meiner Hand. Sehen Sie den Strich, da kommt rot raus und grün. Sehen Sie die Bretter, wenn ich die Hand so halte, der Fleck war vorher gar nicht da. Weswegen bekam ich ein goldenes Kreuz in meinen Nacken. An der Wand hab ich Gesichter gesehen, das können Sie sehen, grad nicht so groß, wie Ihr Gesicht, aber deutlich. (Das ist der Schatten Ihrer Hand.) Ich laß mich doch nicht verdummen. Da geht ein Soldat, wie ein Offizier angezogen, in der Ecke. Ein goldenes rötliches Kreuz hab ich im Nacken, direkt mit der Nadel reingesteckt in den Hals. Ich seh mein Kreuz oben, wenn ich mich nach vorn beuge. Wovon hab ich denn ein Kreuz auf der Nase? Warum ist mein Kopf verdreht worden, als wenn er ab wäre; sehen Sie doch meine Zähne, die kann ich ganz herumdrehen, als wenn sie los wären und die Augen! Es ist richtig als wenn ich ausgebrannt wäre. Wie oft sind hier Versammlungen abgehalten worden und Feste; sie sprechen, da höre ich nicht nach hin. Sandberg sagt: „Martens wollen wir nicht hinlassen, dem dürfen wir das nicht zeigen.“ Als wenn hier was verborgen wäre. Die Zunge ist ganz los, die kann ich ganz rumdrehen. Sehen Sie, da kommt's rot raus aus den Beinen. Aus den Händen und Füßen kommen Flammen, hinter dem Ohr ist Feuer und ebenso über dem Kopf, vor dem Fenster ist ein roter Schein, und in den Blättern der Bäume ein Gesicht erst das seiner Mutter, dann das seiner Schwester. Männer reden und sagen, der Kranke soll operiert werden, vier Wärter haben ihn am Hoden operiert und dann wieder zusammengenäht.

Beispiel 3:

Die Stimme hat gesagt, ich werde in Hamburg nach Amerika eingeschifft, aber ohne Augen. Sie wollten mir meine Augen ausstechen. Hier stinkt es nach Chloroform, das haben Ärzte getan. Vier sind es gewesen und jeder hatte zwei Mäntel an, einen ziehen sie aus, wenn er blutig ist. Ich soll die Augen freiwillig hergeben, die gefielen ihm so gut. Sonst waren sie braun, jetzt sind sie blau, es ist alles behext. Der Franzose hat mir den Arm lahm geschlagen; ich kann ihn gar nicht mehr hochkriegen; sie müssen ihn in Ketten legen, warum steht er immerfort da, er nimmt mir meine Augen, die sollen nach dem zoologischen Garten und ich kriege dann Glasaugen. Da legt er das Messer auf die Fensterbank und rennt nach draußen. Aufgefordert ergreift sie das Messer und behauptet, es in der Hand zu halten.

Paranoia.

Zum Bilde der chronischen Paranoia (Querulantenwahnsinn etc.) gehören echte Halluzinationen nicht, und, was hier an Illusionen vorkommt, überschreitet die irrtümlichen Auffassungen, zu denen in mißtrauischer Stimmungslage oder in wirklich verdächtiger Situation auch Gesunde gelangen, nicht wesentlich.

Paraphrenie.

Insofern ist es differentialdiagnostisch wichtig, daß im weiteren Verlauf der Paraphrenien Halluzinationen häufig beobachtet werden. Freilich wird man auch in dieser Hinsicht zwischen verschiedenen Formen unterscheiden müssen. Bei der, die Kraepelin als die konfabulierende bezeichnet, fehlen Sinnestäuschungen zumeist; bei der expansiven entspringen aus lebhaften Phantasievorstellungen beinahe regelmäßig traumhafte Visionen und allerhand phantastische Erlebnisse sonst; die Kranken führen „Gedankenunterhaltungen“ oder hören Hunde, Pferde, Vögel, Rinder, Fliegen und Bilder sprechen (Krae-

pelin); bei der systematisierenden Form endlich folgen den primär gebildeten Wahnideen nach Jahren immer Gehörstäuschungen, seltener andere Halluzinationen nach. Die Kranken hören schimpfen und über sich reden, sehen Skelette und Teufel, das Essen stinkt, die Wäsche riecht. Zuweilen erleben sie auch Sensationen. (Näheres siehe im speziellen Teil unter „Paranoische Erkrankungen.)

Beispiel 1:

Ich höre immer was anderes. Ich unterhalte mich mit den Stimmen, ich höre es und antworte. Es wird angeklagt, ich hätte nicht herkommen müssen nach Gehlsheim. Es sind mehr dumpfe Stimmen, die weiter weg sind, außerhalb des Zimmers. Durch die Luft höre ich es, gewöhnlich in der Nacht. Zuerst konnte ich Männer- und Frauenstimmen unterscheiden, jetzt nicht mehr, sie sind verschwommener geworden. Manchmal ist es ein Stimmengewirr. Heute morgen als alles schlief, sprach es von allen Seiten auf mich ein im Garten. An der Wand hab ich gehört, da kommt es nicht heraus, es muß so durch die Luft kommen außerhalb des Gartens. Die sagen mir mein ganzes Leid und Leben und Wesen, wie wenn meine Familie mit mir spricht, aber es spricht keiner, es sind Geräusche und Stimmen, die die andern nicht hören. Ich freue mich, daß die Stimmen genau mit mir Bescheid wissen, ich unterhalte mich mit ihnen. Meist ist es ein Durcheinander, manchmal ist es klarer. Sie erzählen mir Geschichten. Die Stimmen sprechen ungefähr wie ein Grammophon, aber nicht genau so. Früher hab ich sie wohl im Kopf gehabt.

Früher haben Bekannte vor mir gestanden, aber wenn ich hinsah, verloren sie sich. Vor zwei Nächten war es, als ob eine Gestalt an meinem Bett von oben herunter fiel, dann war sie weg. Früher hörte ich durchs Wasser wunderschöne Klänge, während des Laufens und auch so aus dem Wasser, sanfte schöne Töne, nicht Lieder, die ich kannte. Ich konnte sie auffangen und nachsingen, so deutlich hörte ich sie. Ich sitze hier, auf einmal sitze ich im schönsten Tannenwald, den Duft atme ich ein, ich sehe die Fichten und das alles. Manchmal umgibt mich der Duft von Kölnischem Wasser.

Wenn ich abends liege und hab die Augen zu, dann sehe ich schöne Landschaften, es ist als ob ich drin bin.

Die Gestalten früher haben mit mir gesprochen, haben mir zugenickt, Bewegungen gemacht; wenn ich aber zugreifen wollte, waren sie verschwunden. Die Gestalten sahen aus wie Engel, oft waren es auch dunkle Gestalten. Einmal nachts standen vier schwarze Gestalten an meinem Bett, als ich aufwachte; die Wärterin kam und gab mir Wasser, da gingen sie weg. Ich hab auf dem Korridor oft gehört, daß hier jemand drin steht, wenn dann die Tür aufgemacht wird, ist niemand da; es ist eine Frauenstimme. Sie fragt mich nach allem, diese Stimme ist wieder anders, sie ist gedämpft. Ich kann die Stimmen von den wirklichen Stimmen unterscheiden, es wird mir alles gesagt, wie es ist, wo es ist, was es ist. Ich höre oft Kinderstimmen. Des Nachts bin ich aufgewacht und hab zu der Wärterin gesagt, es sind lauter Kinder da. Auch große Stimmen habe ich gehört, dunkle Stimmen. Einen Sarg mit einem kleinen Kind drin hab ich vor mir stehen sehen. Es ist ähnlich so wie im Fieber, aber es ist doch anders, nicht so lebhaft. Es ist mächtiger als der Traum und das Fieber, ich kann mich nicht beherrschen, es stürzt auf mich ein.

Von Matratzen sagen sie immer, Matratzen soll ich immer zeichnen, und das kann ich doch nicht.

Beispiel 2:

Frl. Sp., 68 Jahre alt, seit 30 Jahren als krank erkannt, hört Stimmen. Die Stimmen brüllen häufig, und dann muß die Kranke sie aussprechen: „Du sollst dich zerhauen, zerhack dich, spring ins Klosett, zerreiß dich, zertritt deine Augen, reiß deine Zunge aus, reiß deine Ohren ab, hack deine Hände ab." Sie soll geschlachtet werden. Zum Schafott, im Essen sei Blut, Stimmen sprechen Blasphemien aus, Jesus Christus der Affe am Kreuz, Gott hat Schweinsaugen, die Kranke soll mit Christus Hurerei treiben usf. Sie soll Antichristin werden, soll zugeben, daß sie Millionen gestohlen hat, zur Strafe soll sie in einen Regenwurm verwandelt werden. Stimmen reden häufig im Predigerton, nehmen die Stimme der Ärztin, der Pflegerinnen an, kommen aus ihrem eigenen Kopf oder aus den Speisen und den Kleidern.

Nachts sieht sie Feuer im Saal, Schlangen, Teufel an der Wand, zuweilen ziehen sich durch die Luft hübsche Farben, Rosenkränze, häufiger werden Fratzen an die Wand geworfen. Spürt ein Kneifen im Leibe, als wenn Krebs darin wäre.

Dementia phantastica.

Wir werden später sehen, daß sich zwischen der systematisierenden Paraphrenie und der Dementia phantastica scharfe Grenzen heute ebensowenig ziehen lassen, wie zwischen diesem paranoiden Verblödungsprozeß und der Schizophrenie. Das Verhalten der Sinnestäuschungen ist nicht geeignet, diese Grenzen schärfer hervortreten zu lassen. In den ausgesprochenen Fällen einer paranoiden Verblödung scheinen sie eine große Rolle zu spielen, aber bei näherer Betrachtung bleiben wir doch oft im Zweifel, ob alle diese phantastischen Vorgänge, die massenhaften Stimmen, die fabelhaften Visionen, die zahlreichen körperlichen Beeinflussungen, das Vorhandensein eines anderen Menschen im Körper z. B., die großen Reisen durch die Luft und unter die Erde von den Kranken wirklich sinnlich erlebt werden. Oft steht hinter diesen angeblichen Sinnestäuschungen nichts, als eine blühende Phantasie, deren Konfabulationen sich durch Suggestivfragen hierhin und dorthin lenken lassen. Immerhin kommen Gehörstäuschungen doch wohl ziemlich regelmäßig vor, ebenso Gemeinempfindungen und das Gefühl, körperlich, zumeist geschlechtlich beeinflußt zu werden. Gesichtstäuschungen treten dagegen zurück (vgl. im übrigen den speziellen Teil).

Beispiel:

Frau G., 49 Jahre alt, seit 13 Jahren krank, hat seit mehreren Jahren das Gefühl, daß Beklemmungen durch eine elektrische Maschine geschehen, sieht männliche Schatten unzüchtige Handlungen vornehmen, hört unbekannte Stimmen über sich sprechen. Schatten sind um sie und wollen sie mit Apparaten verletzen, in ihrem Bett ist ein Geruch, da müssen wohl noch andere drin liegen, auch Kohlenstaub ist darin.

Dementia praecox.

Die Sinnestäuschungen bei der Dementia praecox sind nicht nur häufiger als bei den meisten anderen Psychosen, sondern fast immer auch sehr charakteristisch. Gerade für sie gilt, daß sie sich von den Sinneswahrnehmungen des Gesunden weit entfernen. Was Schizophrene in dieser Hinsicht erleben, läßt sich mit normalen Empfindungen anscheinend überhaupt nicht vergleichen. Besonnene Kranke fühlen das selbst und ringen nach Ausdrücken, um dem Arzt das Neuartige dieser Vorkommnisse einigermaßen anschaulich zu machen. Haben aber die Kranken diese Kritik verloren, so geht das Unwirkliche ihrer „Sinnes“täuschungen immer noch aus ihrer Darstellung hervor, so z. B. wenn sie extrakampine Halluzinationen den übrigen ohne weiteres als gleichwertig an die Seite stellen.

Auf der Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen beruht es in manchen Fällen, daß Schizophrene in einer vollkommen fremden Welt leben und an der wirklichen Umgebung wenig oder gar keinen Anteil nehmen. Im einzelnen überwiegen Gehörstäuschungen und Sensationen, die Kranken nehmen Geräusche, Klopfen, Sausen, Rascheln, Flüstern, Wispern, Schießen, Läuten, Musizieren wahr und sie hören Stimmen. Freilich sind es oft nicht natürliche, sondern falsche Stimmen, „eigentlich keine Stimmen, sondern nur Gedankensplitter“,

Stimmen, die „nicht mit Worten“ sprechen, „heimliche“ Stimmen, die im eigenen Munde gemacht werden, oder auch nur mehr eine „Ahnung“ als ein wirkliches Hören. Eine Patientin unterhielt sich lange Zeit mit der „Ordnung im Weltreich“. Die Stimmen kommen gewöhnlich auch nicht von außen, sondern aus dem Leibe, aus dem Magen, aus dem Kopf, oder aber sie sitzen in der Uhr, im Fußboden, in der Luft, in den Kleidern. „Ihr Puls sagt zu mir“, meinte eine Patientin, „ich möchte gern mit Ihnen in Verbindung treten, aber wir müssen vorsichtig sein, wir sind elektrisch geladen“. „Die Luft schilt mit“, sagte eine andere, der außerdem Gebete entzogen wurden. Fast immer gelten die Stimmen als gemacht, durch Hypnose, durch drahtlose Telegraphie, durch eine „Denk-, Tu- und Treibmaschine“, durch eine „Rakelung“ in den Telephondrähten. Der Inhalt ist unsinnig wie der Gedankengang, sprunghaft, zusammenhanglos, bizarr, oft stereotyp, die Stimmen beschimpfen den Kranken, oder zwei Gruppen streiten sich über ihn, die eine tadelt ihn, die andere nimmt ihn in Schutz. Dementia praecox-Kranke sind es auch vornehmlich, bei denen wir dem Gedankenlautwerden begegnen, der Doppelsprache, wie sie es nennen, oder jener eigentümlichen Empfindung, die sie spontan als „Gedankenentzug“ bezeichnen; auch von einem Aushorchen, einer Probierung, einem Verhör sprechen sie häufig.

Beispiel 1:

Wir sind drei junge Mädchen, die zusammen liegen. Wir sind in Verbindung miteinander. Ich möchte bitten, daß die Apparate abgestellt werden. Unsere Unterhaltung wird in Apparaten aufgenommen, daß man halb mall gemacht wird. Ich höre es im Mund und in der Ferne. Ich hab die Mädchen nur auf diesem Wege kennen gelernt; sie müssen ja existieren, wenn ich mich mit ihnen unterhalte. Fräulein Sch. hat mir erzählt, sie sei auch krank und läge auch im Bett. Sie hat ein eigenes Zimmer allein, hier in Gehlsheim. Die wird auch wohl behandelt, man kann halb mall gemacht werden.

„Zu dumm ist Fräulein Doktorin“, sagt Scheel.

Durch meine Denk-, Tu- und Treibmaschine stehe ich auf Stromwegen in Verbindung mit dem Krieg usw. Mündlich habe ich mich noch nicht aussprechen können. Meinem Nachdenken nach habe ich eine Kopfkur durchgemacht, damit ein menschlicher Schädel das mitmacht. Wenn im Krieg ein Kopf es durchmacht durch eine menschliche Bringung. In den letzten Tagen habe ich durch Ankreiden drastisches Hören bekommen, über Tiere auch noch wieder, z. B. Aas. Wir sind hier in einem zivilisierten Lande, deshalb hat es eine andere Art zur Herausbringung. Welche haben ihre Augen noch nicht wieder. Bei den Maschinen ist das Denken, Tun und Treiben doch ganz in Verbindung, in geistiger und prosaischer Verbindung, wenn die auf elektrischem Wege fortgehen, zur Sehung vielleicht, zur Kriegsübersehung, zur Maschinensehung, die bestimmte Kopfanstellung haben, die haben auch Gefühle, und das Sehen ist mit in Verbindung und die Augen, und von den Augen hängt oft viel ab. Welche brauchen vielleicht gar keine Maschinen, die bekommen so Anstellung.

In den Mund hinein bekomme ich unzivilisiert geschrien, so daß mein Hals ganz brennt, von vorne, und dann geht es hinten wieder durch. Wenn bestimmte Anstellung ist, dann ist es ganz anders, als wenn es von vornhinein geht und dann verkehrte Bahnen geht. Ich habe Herrn Professor Bumke meine Maschinenzahl geschrieben und habe durch Zentrifugalen auf Maschinenwege keine Nachricht bekommen oder schwer verständlich.

Beispiel 2:

Menschen sind es unbedingt, nicht so deutlich wie Ihre Stimme und ich kann es sofort feststellen, von wem es ausgeht. Sie haben etwas, was sie von anderen Personen unterscheidet, manche sind liebenswürdig. Die Gefühlsnerven, manchmal sind sie mir gut gesinnt, manchmal nicht. Man hat mich hypnotisiert, die ganzen drei Jahre, weil man sich fortwährend mit mir unterhalten kann; man hat es mir von Kindheit abgenommen. Den ganzen Tag höre ich die Stimmen. Sie haben doch ein etwas von mir, mein Gehirn,

das muß in Tätigkeit sein, mir steht es doch nicht zur Verfügung. Sie sprechen manchmal laut, manchmal leise, auch flüsternd. Ich kann mich mit ihnen unterhalten; meine Gedanken werden von mir genommen; meinen Gedanken gebe ich eine gewisse Richtung. Diese Personen, die sich mit mir unterhalten, die messen sich mit meiner Rente. Manchmal spreche ich laut, oft verstehen die Stimmen meine Gedanken, weil sie ihnen folgen können. Es ist eine Substanz wie Apparate, mein Gehirn kann man überall auslassen. Es muß jemand vorhanden sein; tote Stimmen, wie im Grammophon könnte es ja sonst sein. Durch die Luft als Vermittler, durch Sauerstoff und Wasserstoff, das könnte man sich verdienen. Es ist wie Gedankenübertragung durch die Luft von weit her, nicht dicht dabei. Sie sagen auch häßliche Dinge, nichts Schönes, mein Name wird vielfach gebraucht. Vermittelst des Ansehens von Personen, mag es Photographie sein oder irgend etwas anderes, daß ich mit jemand anders verbunden werde, ehe ich mit der Person verbunden bin, weil ich dominiere. Das höre ich, daß sie weit weg sind, man ist völlig vom Menschen eingenommen, von dem es ausgeht.

Beispiel 3:

Ich höre peinliche Stimmen, die sind so, wie Sie sprechen, nur leisere Töne. Wo ich hinguck, da sagen sie es mir, was ich sehe. Daß Sie die Stimmen nicht hören, glaube ich wohl. Mir kommt es manchmal so vor, als wenn andere Leute etwas sagen, als wenn es sehr weit weg ist, es sind aber leisere Töne, als wenn mir einer was ins Ohr flüstert. Mitunter kommt es mir so vor, als wenn es Stimmen von Bekannten sind. Singen höre ich nicht. Ich glaube immer, das sind doch Stimmen, weil ich sonst nie so etwas gehört habe. Sie sagen: „Das ist ein rotes Sofa". Sie erzählen, was der eine dem andern getan hat, was ich gesehen hab, was passiert ist. Ob es Männer- oder Frauenstimmen sind, kann ich nicht unterscheiden. Es ist ein leises Gespräch. Zuerst war es, als ob einer was über mich sagte, so im Vorbeigehen. Das eine Fräulein sagte immer: „Die kikt danach hin". Wenn ich ein Buch habe und lese, dann lesen die Stimmen immer alles mit und noch was anderes dazwischen. Es wird so weiter erzählt, manchmal ist es auch lauter Quatsch. Ich muß es immer hören, auch wenn ich nicht will. Manchmal weiß ich auch nicht, was das sein soll. Ich tu nicht immer was sie sagen, dann kriege ich solche Angst und Herzklopfen. Manchmal sagen sie mir, ich solle mich aufhängen. Sie haben mich schon so belästigt, daß ich was getan hab, was ich sonst nicht möchte. Im Park, überall ist es, es geht ununterbrochen den ganzen Tag. Wenn es sehr laut ist, kann ich nicht schlafen. Ich gucke mich nicht um, da komm ich gar nicht drauf. Ich meine immer, das sind Menschen, die mir das sagen, sie werden davon berührt, daß sie etwas über mich sagen müssen. Ich gebe den Stimmen Schuld für mein Schelten. Ich finde manchmal, das sind so viele, ob das nur einer tut, das kann ich auch nicht wissen. Ich versteh es wohl, aber es ist weit weg. Ich werde berührt, daß ich darauf antwort, aber das ist selten, wenn ich nicht berührt werde, tue ich das nicht.

Beispiel 4:

Frau L.: Mein Mann hat unter dem Fußboden ein Gegengespräch. Ich habe bemerkt, daß er etwas unter dem Fußboden hatte, richtig als wenn es eine Sprache war. Wenn man geht und da hinhört, da ist richtig ein Wort. Fräulein Doktor hat das auch so mit den Füßen, auch wenn es regnet, kann ich mir ein Bild daraus machen, was es heißen soll. Wenn der Wind in dem Schornstein weht, habe ich neulich gehört, Eherecht ist Heiderecht. Wenn das Wasser kocht, so kann ich mich daraus vernehmen, ebenso wenn das Feuer brennt, beim Abwaschen natürlich auch. Beim Kartoffelhacken habe ich es in der Erde gehört, da war mein Mann natürlich immer gegen mich. Das Wort, was ich in der Erde hörte, das hatte er nachher auch gleich in den Händen. Die Uhr sagt, er ist noch was, er hat noch was. Ich höre das ganz deutlich und natürlich; es ist natürlich die Uhr, aber es kommt mir immer so vor, als wenn noch jemand da ist, der das wohl tut; die Uhr erklärte eben, was ich gesagt hatte.

Die Sensationen spielen sich zum großen Teil auf sexuellem Gebiet ab, außerdem fühlen sich die Kranken angeblasen, angespritzt, durch ein Juckpulver gereizt, elektrisch mißhandelt, bestrahlt, ihr Atem wird ihnen abgesaugt, ihr Herz festgehalten, in den Adern werden sie gekitzelt, die Zunge, die Gedärme, die Schleimhäute werden ausgetrocknet, die Geschmackswärzchen werden rauh.



Das Vorkommen von kinästhetischen Täuschungen wurde oben schon erwähnt. Die Kranken behaupten, schwindlig gemacht, am Bein, am Rücken festgehalten zu werden, das Gefühl zu haben, als ob sie in der Luft schwebten etc. — Im Anfang besteht für die krankhafte Entstehung dieser Erlebnisse zuweilen völlige Einsicht.

Geschmacks- und Geruchstäuschungen lassen sich von den eigentlichen Sensationen oft nicht streng trennen.

Beispiel:

Eingeweide verbrannt, wird von anderen Personen bestrahlt, im Essen Pfropfen, die ihm Magenkrämpfe machen, Muskulatur ganz geschwunden, Haut verdorben, Hoden erkrankt. Auf dem Flur werde über ihn gefaselt. Will sein Bett umgekehrt haben, um nicht durch das Fenster mit unsichtbaren Strahlen beleuchtet zu werden. Man halte ihm den Arm fest, daß er den Löffel nicht zum Munde führen könne. Sein Geschlecht nähme häufig eine Größe an, die ihn erschrecke. Sein Hodensack sei schleimig, sulzig. Sieht Gesichter, Köpfe, die er im eigenen Kopf habe, werde des Nachts geschlechtlich mißbraucht. Man beeinflusse ihn so, daß die Speisen nicht durch den Mund gingen und wieder zum Schlunde herauskämen. Die Stimmen kämen auch aus dem Magen.

Gesichtstäuschungen treten zumeist in Form von Pseudohalluzinationen auf, die Kranken sehen Bilder, deren Inhalt oft ziemlich bedeutungslos ist, und die sie aufzeichnen. „Früher habe ich", meinte eine Kranke, „schwarze Gestalten gesehen, als wenn man nur mit Bleistift den Umriß zeichnet, sie standen da im Garten, keine Bäume und Sträucher waren da". Zumeist werden auch diese Wahrnehmungen auf übersinnliche Weise erklärt, seltener kommt es zu delirartigen Visionen, die bald mehr an hysterische, bald mehr an epileptische, am seltensten an alkoholistische Delirien erinnern. So sah eine Kranke — nachdem sie angeblich am Auge operiert worden war — zuerst einen sterben, „dann kam ein Tier auf mich zu, eine Eidechse, fast halb so lang wie das Bett, es kam hier herein, ich hielt es für einen Molch; die Bettdecke verschob sich, das war merkwürdig; es lief rauf auf den Überzug und dann wieder runter". Eine andere sah in der Stubenecke bald Engel, bald Männer, bald Polizisten, ein anderes Mal einen großen Stier und ein Wildschwein. „Das ist gar kein Kind gewesen, sondern ein Kohlkopf aus Poel". Vor ihren Augen wurde ein Mann draußen durchgedreht. Eine dritte Patientin sieht, wenn sie Arznei eingenommen hat, ihren Gutsherrn, bald den jungen, bald den alten, auch ihre Mutter und Frau Oberin v. B. hat sie als Geist deutlich gesehen, und zwar Frau Oberin als „Flachsmann als Erzieher".

Als Beispiel für extrakampine Halluzinationen mag das folgende dienen:

Frau D.: Hier oben auf dem Kopf sehe ich einen großen Adler, der will mir Fleisch aus dem Kopfe fressen. Katzenmiauen höre ich im Magen und Kinder im Leibe schreien. Außerdem sieht sie den Teufel, feurige Männer und Engel.

Schließlich seien noch einige typische Beispiele, die wie gewöhnlich mehrere Sinnesgebiete betreffen, mitgeteilt.

Beispiel 1:

R., 24 Jahre: Da ist 'ne Quäkerei in der Uhr, es ist eine Stimme, die ich kenne; (klopft) genau so höre ich das, das ist so in meinen Gedanken, neue Stimmen sind das nicht, das sind alte Stimmen von Bremen.

So 'ne Ahnung ist das; empfindlich ist das Gehirn ja immer. So wie das gesagt wird, höre ich das nicht; das ist ja niemand dabei. Wenn ich das höre, geht das da so in einen allgemeinen Ton über, und dann in ein Wort über, dann dauert es noch etwas, dann ist das

wieder vorüber. Das kommt ja doch nicht raus, was ich hören tu, das bleibt ja alles drin. Da muß schon was in meinen Ohren sein, daß ich das hören tu. Heute höre ich eine Quasselei da drin in der Uhr, den ganzen Tag. Das sagt, ärgerst dich so ein bißchen drüber. Der Klang geht über in Ärger. Ich weiß nicht, was da drin ist, in meinem Kopf. In meinem Kopf ist das, in der Uhr ist das nicht drin. Für mich ist eine Uhr drin in meinem Kopf, die geht dann immer etwas weiter, das geht dann in einen Ton über in meinem Gehirn. Das kann ja nicht alles hier rein kommen, so schlimm wird das wohl nicht sein. Da muß so eine Verbindung sein, von meinem Ohr zu der Uhr, so ein blödsinniger Kram ist da drin. Die ganze Uhr ist voll Worten, elektrisch ist das nicht, das kommt von Bremen her, da wird aufgezogen, gerade so, als wenn da jemand rein spricht von Bremen aus, und ich hör das.

„Ärgerst Dich, gewesen drüber", sagen die Stimmen. Ich hab schon den ganzen Morgen drüber gelacht, ich denk, was soll das eigentlich. Ich hör nicht immer hin.

Ich hab die Uhr schon ganz rot gesehen heute, rot wie Blut.

Den Zeiger hab ich manchmal abgebrochen gesehen; ob er abgebrochen ist, oder ob mein Auge etwas verschoben ist, das weiß ich nicht. Wenn ich das Auge zumache, kann ich nicht sehen, ob die eine rechte Seite von dem Tintenfaß noch da ist oder ob sie weg ist. Im Stein hab ich mal was gesehen, die ganzen Geschichten, Jesus am Tisch. Es waren Menschen, so groß (zeigt etwa 20 cm), die feiern Hochzeit zu Kana; das scheint so vor meinem Auge. Lazarus und so was. Wie Bilder an der Wand gemalt, wie lebende Bilder, nicht so groß. Gesprochen haben sie nicht. Jesus war oben und die Jünger da noch weiter runter. Da war einer, der mußte erst zu Jesus gehen und dann in die Schule, der konnte besser sehen als ich. Wenn der Wecker so Skandal macht, dann fing es an. Auf der Eisenbahn hab ich das auch gehört, das linke Maschinenrad war immer etwas zu laut. Zwei Eisenbahnzüge hab ich gesehen, die nicht da waren. Gewundert, daß ich das seh', hab ich mich nie.

Wenn Musik spielt, dann muß ich lachen, das liegt an der Lunge (lacht). Weil das ganze von Bremen kommt, darüber muß ich lachen. Ich hab vielleicht noch was in meinem Kopf von Bremen, den Klang kann man ja nicht sehen. Vielleicht ist da noch ein Hut drin, daß der noch Kleine kriegt. Gezaubert kann da nicht drin werden. Das ist alles gelogen, da mach ich mir nichts daraus. Ich hab sonst ein geräuschloses Gehör gehabt, ich hab' nichts vernommen drin. Es singt da oben, als wenn eine Geige spielt (lacht). Gesang ist da schon wieder. Die haben wieder gezaubert da oben, ich seh da so Bewegungen. — Früher hab ich den Mund besser aufgemacht. Ich kann ja etwas sprechen, das ist ja nicht so gefährlich, das ist vielleicht eine Veränderung (lacht). Da reitet jemand auf dem Gaul, da ist ein Leit, da wird ein Klang dran gemacht, das seh ich da (in der Zimmerecke). Daß Sie das sehen können, glaub ich nicht. Im Sessel ist das. Da gewesen ist nur die Luft, das seh ich nur in meinem Auge.

(Lacht) Ich krieg das Lachen, ich weiß nicht woher, das liegt an meinen Adern, das kitzelt so ein bischen. (Sieht an die Decke.) Da sind Sterne, gerade so als wenn da Mücken spielen, das singt und pfeift und dann krieg ich das Lachen wieder. Das ist ganz was Feines, was ich höre, Geige ist das nicht, das muß ganz was Feines sein; so ein Flittern wie am Weihnachtsbaum, wie Weihnachtskugeln, wie so Uhren, wenn man die Flitter am Weinachtsbaum bewegt. Aber das kann es nicht sein. Ein Geigenton ist viel stärker.

Beispiel 2:

Frl. Dr., 42 Jahre: Das war so ein Gefühl der Selbstwehr gegen Vergewaltigung. In den Telephondrähten ist so 'ne kleine Rakelung, da hab ich sogar manchmal was raus gelesen. Ich hab manchmal gedacht, das sind optische Täuschungen, das muß auch auf die Drähte ankommen. Irgendwo ist eine Stimme zu hören. Die Uhr wird beeinflußt, Uhren werden beeinflußt durch Elektrizität. Durch diese Dinger können sie immer verschiedenes sehen, kleine Lichtreflexe, wie kleine Wolken, die so zerstieben, das sind eben die Gasluftschwingungen; dann sind sie wieder weg. Manchmal ist aber auch ein verschiedenes Licht rausgekommen; es bogen sich ordentlich die Parkettfußböden in C. Kalk und Mörtel sind doch leicht durchlässig, da kann man manchmal wie kleine weiße Quecksilberkugeln sehen. Ich wachte eines Nachts auf, da sind gewisse „Flap", wie wenn ein Vogel mit dem Flügel klappt, als wenn unter der furchtbaren Spannung die Fenster eingeschlagen würden,

manchmal auch, als wenn sie von selbst knackten. Unten im Keller sind so kleine weiße Isolierdinger dran, je nachdem wie die Umschaltungen sind. Eines Nachts war es die Stimme der Frau Direktor. Dr. Reids Stimme war auch zu hören durch die Kellerräume und auch auf dem Korridor. Auf meine Augen wirkt die Elektrizität, als wenn sie klumpenförmig würden, das gibt ein ekliges Gefühl.

Manchmal geht es durch die Luft, ich kann es nur beobachten, vieles hab ich für krankhafte Einbildungen gehalten. Ich hab die Zeitung gelesen, da hab ich es bestätigt gefunden; leichte Reflexe, das Aussehen wird verändert. Scheinwerfer haben Sie auch hier. Im Vorraum sah ich eine Wärterin reingehen, da war mit einmal das Gesicht einer Wärterin so verändert, daß sie durch Scheinwerfer einer anderen im Profil ähnlich sah. Die Wärterinnen lesen durch Schwingungen, was ich gedacht habe, und dann sagen sie es laut, und haben ihren Spijök drüber. Sie scheinen das sehr weit ausgebaut zu haben, sie führen den Kranken, wenn sie ganz im Dusel liegen, kleine weiße Figuren vor, die habe ich nachher wieder gesehen in der Woche. Ein Arzt hat ein Buch vor; nimmt sich ein Objekt vor, das er beschauen will, um festzustellen, wieviel Leben noch in dem Menschen ist und wie viel Denken. Unter dem leichten Reflex wird das Bild auf die Wand geworfen. Ich hab damals gelegen, fast wie tot, es ist eine zitternde Bewegung in den Augenlidern. Das Herz fängt dann an, Unbehagen zu spüren. Durch die elektrischen Drähte schlagen gelbe und rote Punkte, ein Licht von dieser Größe kommt aus den Löchern. Wenn Sie den Finger dran halten, dann spüren Sie den Strom. „Nicht dran rühren“, ist mir gesagt worden durch Stimmen, aber dann habe ich es erst recht getan.

Die Anstalt steht auch im Kriegsdienst durch den Hochdruck, die Anstalt gibt überflüssiges Gas an die Flieger. Von den Fliegern geht ein starker Druck aus. Aus den Schallwellen können Sie auch einen gewissen Nachrichtendienst ziehen; nun haben die ja auch Spritzen, das beeinflußt auch die Lichtwellen, so kleine runde Kringel. Der Flieger da oben sagt jetzt: „Wir sehen zwei Damen am Fenster“, die haben natürlich Fernrohre bei sich. „Wir wollen nicht viel sagen.“ „Es ist zu viel.“ „Nun wollen wir Schluß machen.“ „Wir sind eine große Reisegesellschaft.“ Es ist eine Funkensprache durch die Luft, eine gewisse Heliographie bringen sie hervor, das ist für die, die das verstehen. Sie kriegen die Nachrichten, das hab ich an den Drähten gesehen.

Durch die sog. Gummiwände, durch die Löcher strömt Gas aus, wie eine graue Wolke, das das Zittern gibt, manchmal ist es blau. Die Gase legen sich einem schwer auf wie ein Dussel, der Hals ist dann ganz wie rauh. Ein Kabel für Erdelektrizität haben sie, der nimmt verschiedene Farben an, ich merke es sofort, die Zunge wird wie trocken; ich kann nicht ordentlich atmen, die Geschmackswärzchen werden wie rauh, es ist ein scharfer, säuerlicher Geschmack. Dann legt es sich auf die Zähne, wie beeinflußt sind sie, die Gedärme, die Schleimhäute sind wie ausgetrocknet. Bei anderen Patientinnen habe ich blaue Arme und schillernde Augen gesehen. Sauspritzen habe ich bekommen, dann ist es als wenn das Fell abgezogen wird von den Händen, die Hände werden rot, man hat Giftflecke an der Haut und Giftstoffe im Körper. In den Luftschächten sind so kleine fummelige Rumsdinger. Wie ein kleines ovales Ding hab ich zwei Kinderköpfe gesehen. In der Luft hab ich scheinwerferischerweise Gesichter gesehen. Gestalten und Köpfe habe ich gesehen, aber undeutlich, plötzlich hingeworfen wie Lichtbilder, aber nicht so deutlich. Wenn ich in die Bäume sehe, sehe ich eine Figur, wie bei Vexierbildern, dann wurde mir mitgeteilt „sieh länger hin,“ psychotelephonischerweise, wie durchs Telephon. Wenn ich es nicht will, hört es auf, wenn ich unter die Decke krieche. Wenn ich das Wort zurückgegeben hab, hat es aufgehört. Es sind lautere oder flüsternde Stimmen, als wenn es des Kaisers Stimme wäre durch die Schwingungen. Oft ist dazu gesagt: „Das bin ich, der und der.“ Musik höre ich auch, ich kann mir selbst ein Konzert geben. Es rasaunt in den Drähten. Das ist schon mal gekommen, daß sich das Spritzenjux in Chloroformgeschmack umgesetzt hat. Es gibt bei der Elektrizität einen säuerlichen und einen Geruch wie Kadamom. — Jetzt sagt eine Stimme: „Kann das Gesumme von Fliegen so tönen, daß es fast wie Getrampel klingt?“ Der Schall läßt sich so vergrößern, daß es wie Pferdegetrappel sich anhört.

Beispiel 3:

Ich hab solche Gedanken, als wenn ich was erben soll, als wenn sie gerufen haben. Mir ist immer so, als wenn meine Kinder hier sind; ich hab immer das Gefühl als wenn sie

tot gemacht sind. Mir ist auch so, als wenn ich auch tot gemacht war. Es wird so viel gesprochen im Saal, aber verstehen kann ich das nicht. Des Nachts hab ich gedacht, als wenn da jemand hinter mir steht, aber dann ist da niemand. Ich hab allerhand Stimmen gehört von Bekannten, aber Menschen hab ich nicht gesehen. Ich hab mich umgekuckt, aber dann war niemand da. Im Bett neben mir liegt doch einer, da hab ich gedacht, das wär meine Frau. Ein paarmal hab ich auch die Stimme meiner Frau gehört, nicht so laut wie Sie sprechen. Sie sprach von einer Unterschrift. Es war ein Mann im Zimmer nebenan, da war mir so, als wenn da noch mehr wären, genau konnte ich es nicht unterscheiden, es waren allerhand Stimmen. Es war mir so, als ob da wer stand im Zimmer, allerhand Personen, Schatten, die waren nicht immer da, nicht so deutlich zu sehen wie Sie, nicht so deutlich wie lebendige Personen. Ich hatte geglaubt, in einer ganz anderen Welt zu sein; ich dachte, es wären welche aus meiner Familie, aber dann waren es fremde. Tiere habe ich gesehen, große Tiere, die ich nicht genau unterscheiden konnte, die haben sich so hin und her bewegt. Der Wärter schnitt so was wie eine Kette ab, dann sprang es runter und dann war es weg.

Die Stimmen sagen, ich hätte so und so viel geerbt. So natürlich sind sie nicht, als wenn mir jemand was zuflüstert. Ich sollte mal raus gehen in den Garten, da wär ein Schatz. Ich hab einen Mann gesehen mit einem Spaten, der hat mir gewinkt, ich bin aber nicht mitgekommen, er ging aus dem Saal raus, er hatte einen Bart. Am nächsten Tag würde es Gold regnen, haben sie mir gesagt. „Du bist dumm, Mensch, meld di doch, meld di doch!" sagen sie, und daß ich meine Frau und meine Kinder betrogen hab, weil ich mich nicht gemeldet hab.

Sie kommen von weit her, öfters auch ganz klar, so lebhaft wie Menschenstimmen sind sie nicht, als wenn es oben aus dem Boden wär. Schatten sind manchmal vorm Fenster. Unnatürlich ist das wohl, dann glaub ich wieder, es ist doch Unsinn. Genau kann ich es nicht unterscheiden. Als wenn jemand was ins Ohr sagt, eine Antwort auf meine Gedanken. „Ist meine Frau hier?" „Nein, beruhigen Sie sich man". Einige Stimmen sagten, sie sei hier, sie sei tot. Ich brauch nur zu denken, dann antworten die Stimmen.

Imbezillität.

Charakteristische Sinnestäuschungen der Imbezillen gibt es nicht, dagegen kommen bei Schwachsinnigen zuweilen Erregungszustände vor, in denen delirante Wahrnehmungstäuschungen auftreten können. Auch Phantasievorstellungen nehmen wie bei Kindern gelegentlich lebhafteren Charakter an. Endlich führt die Auffassungsstörung leicht zu illusionären Verkennungen. Kommt es zu länger dauernden ausgesprochenen Gehörshalluzinationen, so liegt wohl immer eine Komplikation (z. B. Pfropfhebephrenie) vor.

Beispiel:

Frau P.: Eine Frau in meinem Kopf wollte kein Kind bekommen. Nachts aufgewacht und mehrmals an den Kopf geschlagen, die Frau wäre so wütend. Dabei die scheußlichsten Ohrgeräusche. Seit zwei Jahren höre ich menschliche Stimmen, sehe nur bekannte Persönlichkeiten.

Paralyse.

Bei den durch grob-organische Veränderungen hervorgerufenen Geistesstörungen spielen Sinnestäuschungen eine verhältnismäßig geringe Rolle. Bei Paralytikern fand sie Obersteiner in 10 % seiner Fälle. Die Unterscheidung von Erinnerungsfälschungen ist hier natürlich nicht leicht; wenn wir den phantastischen Erzählungen der Kranken immer glauben wollten, so müßte man Halluzinationen häufiger annehmen. Ganz gewöhnlich sind illusionäre Umdeutungen, während die Phantasie auch beim blühendsten Größendelir anscheinend selten zu sehr sinnlichen Vorstellungsbildern führt. Echte Halluzinationen treten noch am ehesten in Verwirrtheitszuständen

außerdem aber dauernd bei manchen Kranken auf, bei denen wir wohl bestimmte Rindenveränderungen als Ursache anschuldigen müssen.

Beispiel:

Immer Stimmen höre ich und die ganze Nacht. Die oben haben schon Tage lang nichts zu essen bekommen; da sollen die furchtbar ansteckend sein. Von hier aus kann man nicht raufkommen, um ihnen zu helfen. Leute ohne Geschlechtsteile haben hier schon so viel angerichtet, das sollen ganz ungebildete sein; es sollen viele sein. Wenn ihnen was ausgezogen wird, so heißt es immer, weder Mann noch Frau. Ich habe ein so scharfes Gehör, weil ich Musik studiert habe. Es tingeltangelt die ganze Zeit, das geht die ganze Nacht durch. Das Brot wird angefaßt von wehen Händen, darum denke ich, die Krusten sind nicht recht appetitlich.

Syphilitische Halluzinose.

Außerhalb der Paralyse finden wir bei Syphilitischen halluzinoseähnliche Zustände, deren ätiologische und pathogenetische Zusammengehörigkeit freilich noch zweifelhaft bleiben kann. Als Beispiel mag das folgende dienen:

H., Oberst a. D., 56 Jahre alt. Mit 17 Jahren luetisch infiziert. Wiederholt behandelt. Seit mehreren Jahren keinen Wassermann. Verheiratet; gesunde Kinder. Reflektorische Pupillenstarre. Babinski links. Sonst körperlich ohne Befund.

Bericht über seine Vorgeschichte.

Bei einem Manöver 1909 Brigade geführt und dabei Konflikt mit Divisionskommandeur bekommen. Im Anschluß daran sei er ins Garnisonslazarett in St. gebracht worden. Dort sei er sehr erregt gewesen, habe im Bade Stimmen gehört und Gestalten gesehen. In einer hellerleuchteten Glastür sei das Bild seiner Mutter, des alten Kaisers etc. erschienen. Mehrere Stimmen hätten sich über ihn und mit ihm unterhalten. Seine Mutter sei befragt worden, wie er sich als Kind verhalten habe. Er selbst sei auf das Eingehendste über seine religiösen und moralischen Überzeugungen und über seine früheren Verhältnisse examiniert worden. Die Stimmen habe er vollkommen deutlich gehört. Er wisse aber, daß außer ihm niemand sie gehört habe, und gerade das sei ihm ein Beweis für ihre göttliche Herkunft. Dieser Zustand habe einige Wochen gedauert. Seitdem höre und sehe er nichts mehr. Aber es hätte sich nun inzwischen herausgestellt, daß die Stimmen in allen Dingen recht behalten und Dinge gewußt hätten, die nur einem göttlichen Wesen bekannt gewesen sein könnten. Durch Nachforschungen habe er erwiesen, daß er tatsächlich, wie die Stimmen es angedeutet hätten, von „dem Mann mit der eisernen Maske“ und damit also von Heinrich IV. abstamme. Er sei berufen, Seine Majestät den Kaiser bei den Friedensverhandlungen zu beraten.

Patient ist vollkommen klar, sehr intelligent. Im allgemeinen und besonders auch bei der Erörterung seines Systems kritisch und dialektisch gewandt, ohne jedes zur Schau getragene Selbstbewußtsein, ohne jede Gereiztheit gegen die Ärzte und die militärischen Instanzen, die ihn pensioniert haben, und voller Verständnis für die Auffassung seiner Frau, die ihn für geisteskrank hält. Dabei keineswegs affektstumpf.

Dementia senilis. Arteriosklerose.

In seltenen Fällen von Arteriosklerose kommen Gehörstäuschungen vor, die unter Umständen überhaupt nicht zu andern geistigen Störungen zu führen brauchen. Das oben mitgeteilte Beispiel von Gehörshalluzinationen einer Geistesgesunden gehört wohl hierher. Häufig werden präsenile und senile Verfolgungsideen durch Sinnestäuschungen unterstützt (vgl. den Abschnitt über paranoische Psychosen). Endlich führen arteriosklerotische und senile Verwirrtheitszustände zu deliranten Erlebnissen, für die ein Beispiel mitgeteilt werden mag.



Beispiel v. P.:

Vorgestern abend war ich angeblich in eine andere Stube gebracht worden. Da war ein rotes Tuch, ein Baldachin, dort war in einem Riesensaal alles voll Möbel gestellt. Der Tisch war auch halb umgestürzt, das machte mich gleich konfus. Dann kam der Wärter und rutschte auf den Knien rum und ich dachte, das wär ein kleines Kind und wollte ihm die Hand geben. Die Lampe hing ganz tief, die Chaiselongue war auch weg. Eine Art Sommerlaube von Stoff gespannt war da; ich hatte Angst, daß ich wieder verrückt würde. Das Fenster glaubte ich, das wäre ein Büchergestell. Um zu zeigen, daß ich da gewesen war, wollte ich das feststecken und dann wollte ich die Tischdecke an den Baldachin anstecken und wollte auf den Tisch steigen, um anzukommen. Am nächsten Tag war es weg, aber ich war so überzeugt, daß ich es tatsächlich gesehen hatte. Ich traue den Wärtern nicht, daß sie mich nicht einmal irgendwo hinstellen. Ich habe alles so deutlich gesehen, wie ich den Schrank da sehe.

Involutionspsychosen.

Verhältnismäßig häufig sind Sinnestäuschungen in den Involutionspsychosen. In den melancholischen Zuständen sehen die Kranken Teufel, Leichen, Särge vor sich, hören auf dem Korridor ein Schafott errichten und erkennen an dem Geschrei ihrer Kinder, daß diese geschlachtet werden. Dazu erscheint alles verändert, vertauscht usf. Bei den paranoischen Formen fehlen Illusionen wohl niemals, Gehörshalluzinationen sah Kleist in 50 % seiner Fälle. Sie sind nicht besonders charakteristisch und lehnen sich in ihrem Inhalt an die Verfolgungsideen der Kranken an. Ziemlich häufig scheinen sexuelle Beschuldigungen gehört zu werden.

Beispiel:

Frau K., 53 Jahre alt. Ich höre immer, wie sie reden, ich höre es in Gedanken, aber hier im Zimmer oder in der Wand wirds gesagt. Ich frage und bekomme dann richtig Antwort. Heute Nacht hat einer meiner Söhne auf meinem Bett gesessen und gesagt, daß er gefallen sei. Die andern beiden sind auch tot und mein Mann auch, das haben sie gesagt. Heut Nacht haben sie gesagt, ich soll nicht aufstehen, und um 12 Uhr komme dann ein Polizist, um mich abzuholen; denn ich habe hier kein Recht mehr.

7. Erkennung.

Die Hauptklippe für die Differentialdiagnose der Sinnestäuschungen bilden die Konfabulationen. Wenn wir die Kranken nicht direkt beim Halluzinieren beobachten, so haben wir allen Grund, ihren Behauptungen skeptisch gegenüberzutreten. Trugwahrnehmungen sind früher sicher zu häufig diagnostiziert worden. Schon der gesunde Mensch fälscht seine Erinnerungen gesetzmäßig im Sinne bestimmter Auffassungen und Stimmungen, und bei Geisteskranken erreichen diese qualitativen Änderungen des Gedächtnisses so hohe Grade, daß wir Sinnestäuschungen in einiger Entfernung von ihrem Auftreten überhaupt kaum noch zu diagnostizieren vermögen. Abgesehen von wahnhaften Umdeutungen früherer Erlebnisse werden wir auch mit den Resten von Träumen rechnen müssen, die die Kranken irrtümlich in ihr waches Bewußtsein projizieren.

Aber im Moment des Halluzinierens selbst können wir in der Tat vielen Kranken ihre Störung direkt ansehen und ihnen in der Sprechstunde etwa auf den Kopf sagen: Sie hören Stimmen. Sie machen den Eindruck von Menschen, die nicht ganz bei der Unterhaltung sind, durch andere Geräusche gefesselt werden; die doppelte Anspannung ihrer Aufmerksamkeit prägt sich



in ihrem Gesichtsausdruck aus. Die groben Fälle, in denen die Kranken unter die Bettdecke kriechen oder sich die Ohren verstopfen, um ihren Gehörstäuschungen zu entgehen, bedürfen überhaupt keiner Besprechung; denn in ihnen wird kaum jemals dissimuliert, während sonst gerade Gehörshalluzinanten dazu neigen, ihre Störung solange wie möglich geheim zu halten.

Auch Gesichtstäuschungen kommen in dem „visionären Blick“, in einer eigentümlichen Haltung und in der Gleichgültigkeit den tatsächlichen optischen Reizen gegenüber oft zum Ausdruck. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen dagegen müssen zumeist aus dem Verhalten der Kranken (Abwehren von Speisen u. dgl.) erschlossen werden, was übrigens selten Schwierigkeiten bereitet.

II. Störungen des Gedächtnisses.

a) Psychologische Einleitung.

Auch das beste normale Gedächtnis ist bekanntlich nicht das, was die naive Auffassung gewöhnlich voraussetzt: ein Phonograph, der alles treu und unverändert wiedergibt, was er jemals aufnehmen konnte. Von allem, was bewußt wird, wird nur ein Bruchteil behalten, und die Erinnerungen, die wir erwerben, sind durchaus nicht immer so scharfe und zuverlässige Kopien früherer Bewußtseinsinhalte, wie die Bezeichnung „Erinnerungsbilder" anzudeuten scheint.

Diese Erkenntnis, die wir in ganzer Schärfe und in ihrer vollen Tragweite erst den letzten Jahrzehnten verdanken, ist für die Beurteilung krankhafter Störungen so wichtig, daß wir ihrer Besprechung eine Verständigung über die Leistungen und über die Grenzen des normalen Erinnerns vorausschicken müssen. Hier wie überall in der Psychopathologie kommen Übergänge zwischen gesundem und krankem Geschehen vor, und wenigstens die funktionellen Anomalien des Gedächtnisses sind in den Unzulänglichkeiten der normalen Erinnerung schon vorgebildet und angedeutet.

Begriffe.

Zweckmäßigerweise wird diese Darstellung der normal-psychologischen Tatsachen mit einer kurzen Erörterung der Begriffe verbunden werden, die sich bei psychologischen und psychopathologischen Untersuchungen allmählich herausgearbeitet haben.

Die erste Voraussetzung für jede Erinnerung ist eine genügend scharfe Auffassung, die von der Aufmerksamkeit und dem Interesse abhängt, das wir an dem beobachteten Gegenstande nehmen. Aber auch scharf erfaßte Objekte werden nicht immer behalten, und deshalb wird man als eine von der Auffassung getrennte Funktion die des Merkens, der Retention, und als ihre Basis eine intakte Merkfähigkeit ansehen müssen. Unter dieser verstehen wir nach Wernickes Vorgang ausschließlich das Vermögen, neues Gedächtnismaterial zu erwerben. Demgegenüber umfaßt das Gedächtnis im engeren Sinne den gesamten Besitz an schon aufgespeicherten Erinnerungen.

Nun ist dieses ganze Gedächtnis, psychologisch betrachtet, selbstverständlich etwas Potentielles. Jede Erinnerung existiert zunächst lediglich als Disposition zu einem späteren Bewußtseinsvorgang, der Reproduktion. Auch dem Merken entspricht, sobald wir es von der Aufmerksamkeit trennen, psychisch

gar nichts; im Gegensatz zum Gedächtnis im engeren Sinne ist es ein Vorgang, aber ein physiologischer Vorgang. Mit anderen Worten, nur die beiden Endglieder der Reihe, Auffassung und Reproduktion werden erlebt, sind psychische Geschehnisse; unter dem Gedächtnis selbst kann streng genommen überhaupt nur etwas Physiologisches verstanden werden.

Alte und neue Erinnerungen.

Sodann wird man innerhalb des Gedächtnisses zwischen frisch erworbenen und älteren Erinnerungen unterscheiden müssen. Alle Erinnerungen werden — ceteris paribus natürlich — durch das normale Vergessen wie durch akute Hirnschädigungen um so leichter ausgelöscht, je jünger sie sind, und ebenso vernichten alle allmählich fortschreitenden Gehirnatrophien die jüngsten Erinnerungen zuerst. Ein Bild (Ribot, Wernicke), das heute nicht mehr im Sinne einer materialistischen Erklärung mißverstanden werden wird, illustriert den Tatbestand gut: es ist, als ob sich die Erinnerungsspuren im Gehirn in Form von Schichten wie die geologischen Formationen der Erde ihrem Alter nach ablagerten, und als ob das Vergessen in umgekehrter Reihenfolge von der Oberfläche erst allmählich in die Tiefe vordränge.

Unmittelbares Gedächtnis.

Von diesem Gesetz gibt es nun eine scheinbare Ausnahme: gerade die allerjüngsten Erinnerungen scheinen eine Sonderstellung zu beanspruchen. Was wir eben gehört und eben gesehen haben, das können wir — sc. auf der Stelle — beinahe immer wiedergeben; das Vergessen beginnt erst nach einer freilich sehr kurzen Zeit. Wir glauben eine Frage überhört zu haben und antworten mit einem „Wie", aber noch ehe sie wiederholt worden ist, haben wir sie in unser Ohr zurückgerufen und nun verstanden. Eine lange Zahlenreihe, die wir nie auswendig lernen könnten, vermögen wir doch sofort nachzusprechen usf.

Es ist klar, daß es sich bei alledem noch um kein Merken und überhaupt um nichts handelt, was streng genommen schon dem Gedächtnis zugerechnet werden könnte. Die ganze Erscheinung gehört in die Empfindungslehre und wird nur deshalb immer beim Gedächtnis erwähnt, weil man sie sehr unglücklich „unmittelbares Gedächtnis" (Meumann, Wolfe) oder „unmittelbare Merkfähigkeit" (Wernicke) benannt hat. Man sollte aber von Merkfähigkeit und Gedächtnis erst dann sprechen, wenn sich schon verklungene Empfindungen, inzwischen überhaupt nicht mehr bewußt gewesene Erlebnisse als Erinnerungen erneuern.

Mechanisches und logisches Gedächtnis.

Schließlich pflegt man zwischen mechanischem und logischem Gedächtnis zu unterscheiden. Dabei handelt es sich um Unterschiede im Assoziationsvorgang, auf die wir bei Erörterung der Gleichzeitigkeits- und Ähnlichkeitsassoziationen bzw. der Gedankenverbindungen nach assoziativer Übung und assoziativer Verwandtschaft (Wundt) ausführlich zurückkommen werden. Hier sei nur folgendes erwähnt:

Die Tatsache, daß sich mechanisches und logisches Gedächtnis nicht bei allen Menschen parallel und gleich gut entwickeln, ist jedem geläufig. Sie

wird besonders deutlich, wenn man die intellektuellen Leistungen von Erwachsenen und von Kindern miteinander vergleicht. Die Fähigkeit zum Behalten erreicht schon in der Pubertät ihren höchsten Grad; das mechanische Gedächtnis ist also in der Kindheit am besten entwickelt. Wenn das Gedächtnis des Erwachsenen praktisch, z. B. bei Zeugenaussagen häufig mehr leistet, so liegt der Grund einfach in der Überlegenheit seiner logischen Funktionen. Abgesehen von den mnemotechnischen Hilfen, die der Erwachsene gelegentlich bewußt oder unbewußt anwendet, verfügt er über die Möglichkeit, neue Erfahrungen mit älteren assoziativ zu verknüpfen, frische Erlebnisse in alte Kategorien einzureihen. Mit anderen Worten, sein logisches Gedächtnis begründet seine Überlegenheit über das Kind, dessen Gedächtnis der Hauptsache nach ein mechanisches ist. Alles Auswendiglernen beruht auf dem mechanischen Gedächtnis, das mit zunehmendem Alter von dem logischen, der Fähigkeit, früher erworbenen geistigen Besitz in veränderter Anordnung wiederzugeben, verdrängt wird. Freilich kommen darin erhebliche individuelle Unterschiede vor, von denen zum Teil die besondere Eigenart der intellektuellen Leistungsfähigkeit abhängt. Hervorragende Menschen können neben einem vorzüglichen logischen ebensowohl ein gutes wie ein schlechtes mechanisches Gedächtnis besitzen. Ein bekanntes Beispiel für den einen Fall ist Napoleon mit seinem enormen tatsächlichen Wissen, eines für den anderen Typus dagegen Helmholtz, der sein „schlechtes Gedächtnis für Unzusammenhängendes" ausdrücklich erwähnt. Starke Abweichungen vom durchschnittlichen Verhalten dürfen also hier so wenig wie auf anderen Gebieten des Seelenlebens ohne weiteres als Anzeichen eines psychopathischen Zustandes gelten.

Im Anschluß an diese begrifflichen Erörterungen mögen mehrere Einzeltatsachen erwähnt werden, die geeignet erscheinen, das bisher Gesagte etwas näher zu beleuchten.

Reproduktion.

Beginnen wir mit der Reproduktion. Ihre Gesetze werden uns wie gesagt zum guten Teil erst später bei der Erörterung des Gedankenganges beschäftigen. Hier sei eine Erfahrung vorweg genommen, die uns allen geläufig und die doch recht schwer zu erklären ist. Wir vergessen eine Sprache, die wir früher beherrschten, und erinnern uns kaum noch eines Wortes; dann erlernen wir dieselbe Sprache von neuem, und in kurzer Zeit ist sie wieder fester Besitz. Es waren also doch Spuren vorhanden und nur zur Reproduktion hatten sie nicht ausgereicht. Noch auffallender ist eine andere verwandte Erscheinung: Bilder und Gesichter verschwinden aus unserem Gedächtnis, und durch kein Besinnen bringen wir sie vor unser geistiges Auge. Sehen wir aber das Bild oder den Menschen, so wird auf einmal unsere Erinnerung so scharf, daß wir sogar Veränderungen gegen früher bemerken und Einzelheiten angeben, deren Fehlen oder Vorhandensein uns auffällt.

Auch daß die Farbe einer Fünfpfennigmarke so häufig als blau anstatt als grün bezeichnet wird (Ziehen), gehört hierher. Der Fehler wird nicht beim Identifizieren einer wirklich gezeigten Marke begangen, die im Gegenteil immer erkannt wird; er besteht vielmehr wieder in der Unfähigkeit, das früher Gesehene plastisch vorzustellen. Das ist eine Eigenschaft sehr vieler gesunder Menschen.



Regeln des Vergessens.

Die Regeln des Vergessens sind in den letzten Jahren bei Gesunden und Kranken sehr gründlich studiert worden. Nach Ziehen soll der Gedächtnisverlust, der nach jedem Lernen eintritt, im Anfang unverhältnismäßig langsam und erst jenseits eines kritischen Punktes rasch fortschreiten. Es ist klar, daß dieser kritische Punkt das Ende des unmittelbaren Gedächtnisses bezeichnet, und insofern ist eine von Ebbinghaus mitgeteilte Kurve (Abb. 1) brauch-

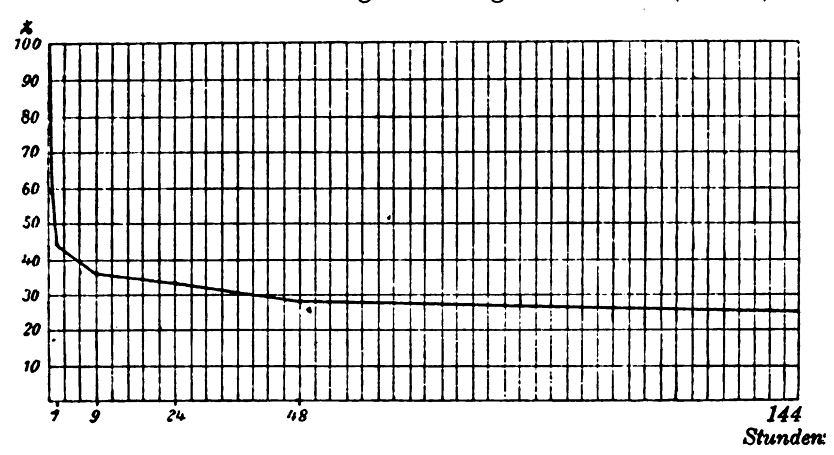


Abb. 1. (Aus Ebbinghaus. Grundzüge der Psychologie. 3. A. I. Bd. p. 684.)

barer. Diese Kurve, die sich wirklich nur mit dem Gedächtnis, der Wiedererneuerung schon untergetauchter Erinnerungsbilder befaßt, setzt an Ziehens kritischem Punkte ein, um zunächst stark abwärts zu verlaufen; nach verhältnismäßig kurzer Zeit (einer halben Stunde) ändert sie ihre Richtung — das Vergessen sein Tempo —, nach neun Stunden noch einmal, und nach zwei Tagen verläuft sie fast horizontal. Die Kurve drückt in Prozenten aus[1]), wieviel von einem erlernten Stoff vergessen wird: im Anfang viel, dann immer weniger und schließlich fast gar nichts. Was wir nach Minuten, Stunden, Tagen noch behalten haben, wissen wir gewöhnlich auch nach Jahren noch; was vergessen werden soll, geht schnell verloren.

Nun vergessen wir aber im Laufe der Jahre auch Dinge, die wir lange als festen Besitz unseres Bewußtseins betrachtet hatten; deshalb werden wir die Kurve niemals ganz horizontal führen dürfen. Nach sehr langer Zeit werden auch die ältesten Gedächtnisspuren ausgelöscht, wenn ihre Fixierung nicht irgendwie erneuert wird. Darauf beruht der Wert der Wiederholungen. Oft genügt eine kurze Erinnerung, ein bloßer Hinweis auf ganze Ereignisse oder eine einmalige Reproduktion eines Stoffes, um das Vergessen aufzuhalten. Aber auch dabei erweisen sich immer die ältesten Erinnerungen als die dankbarsten.

[1]) Allerdings auf einem Umwege. Ebbinghaus hatte mittelst des Ersparnisverfahrens festgestellt, mit welcher Mindestzahl von Wiederholungen ein auswendig gelernter Stoff zu verschiedenen späteren Zeiten wiedererlernt werden konnte. Wo die Kurve also in der Abszisse 40 % Gedächtnisverlust anzeigt, waren 60 Wiederholungen nötig gewesen; 40 waren erspart worden.

Jeder Gedächtnisverlust, aus welcher Ursache er auch eintritt, nimmt an Intensität nach rückwärts zu ab.

Merkfähigkeit und Gedächtnis im engeren Sinne.

Aber natürlich ist der Unterschied zwischen alten und neuen Erinnerungen nicht absolut, sondern relativ; sie gehen fließend ineinander über, und die Zeiten der Kurve besitzen nur individuelle, keine allgemeine Geltung. Dagegen sind Merkfähigkeit und Gedächtnis im engeren Sinne grundsätzlich verschiedene Qualitäten. Physiologisch ausgedrückt würde die Merkfähigkeit lediglich in der Bereitschaft der nervösen Substanz für neue Eindrücke, das Gedächtnis dagegen in den Dauerveränderungen bestehen, die das Nervensystem durch diese Eindrücke erfährt. Insofern hängt das eine von dem andern ab, aber es wäre falsch, auch nur für normale Verhältnisse einen Parallelismus zwischen dem Gedächtnis für früher erlebte Bewußtseinsinhalte und der Merkfähigkeit anzunehmen. Auch bei gesunden Menschen kann eine geringe Merkfähigkeit mit einer vorzüglichen Gedächtnisfertigkeit zusammentreffen und umgekehrt. Und auf pathologischem Gebiete sind Merkfähigkeitsstörungen bei verhältnismäßig intakten früheren Erinnerungen häufig und für manche Gehirnkrankheiten typisch. Bekannt ist das Verhalten der (nicht eigentlich geisteskranken) Greise, die über alle Erlebnisse ihrer Jugend genau Bescheid wissen und sie, oft über das Bedürfnis ihrer Umgebung hinaus, gern wiedergeben, die aber außerstande sind, sich neue Daten, das Alter oder die Namen ihrer Enkel z. B., einzuprägen; die in der ärztlichen Sprechstunde detaillierte Anamnesen liefern, aber ein Notizbuch mitbringen, um jede Anordnung sofort aufzuschreiben.

Gewiß wird sich diese Erscheinung nicht ganz einheitlich erklären lassen. Alte Erinnerungen sind den jungen gegenüber auch dadurch im Vorteil, daß sie häufig wiederholt und dadurch befestigt worden sind, und außerdem nimmt das Interesse an den Vorgängen der Umgebung mit zunehmendem Alter zweifellos ab; aber beide Erklärungen reichen nicht entfernt aus, um die Tatsachen zu erklären. Dazu werden wir eine Änderung der physiologischen Bereitschaft, im Grunde also eine organische Veränderung der Hirnmaterie heranziehen müssen, die übrigens schon ziemlich früh einsetzt. Die Fähigkeit der Retention scheint, wie gesagt, im Pubertätsalter ihren Höhepunkt zu erreichen und nimmt im Beginn des vierten Jahrzehntes schon merklich ab. Dem entspricht die Feststellung von Kraepelin, daß von allen Vorstellungsverbindungen, mit denen wir zu arbeiten pflegen, etwa 70 % aus der Jugend stammen.

Regeln des Behaltens.

Im Anschluß an diese Daten seien noch ein paar weitere Tatsachen mitgeteilt, die den Vorgang des Merkens angehen. Bekannt ist, daß in Rhythmen abgeteilte Stoffe leichter haften als andere und sinnvolle besser als sinnlose. Nur wenn Gleichklänge, Reime, Alliterationen und dergleichen einen äußerlichen Zusammenhang herstellen, können auch inhaltlich nicht zusammenhängende Wortverbindungen fest eingeprägt werden. Ebbinghaus, dem wir systematische Untersuchungen über diese Frage verdanken, hat festgestellt, daß sinnlose Silben im Mittel etwa zehnmal so schwer behalten werden. Zur Erklärung

werden wir natürlich an assoziative Verbindungen denken müssen, außerdem aber auch an das stärkere Interesse [1]), das inhaltliche Zusammenhänge erregen.

Dieses Interesse spielt natürlich die größte Rolle bei der Auffassung eines Stoffes, die dem Merken vorausgehen muß, und deshalb erscheint das Gedächtnis häufig schlecht, wo es für gut beobachtete Vorgänge und Dinge tatsächlich recht gut ist. So geht der „Zerstreute" (der in Wirklichkeit seine Aufmerksamkeit konzentriert) an Erscheinungen vorüber, die andere für auffallend halten, und ungebildete Menschen beachten gelegentlich Dinge nicht, deren Kenntnis der Gebildete für unerläßlich hält. Ich habe in der Poliklinik bei geistesgesunden und intelligenten Arbeitern wiederholt feststellen können, daß sie sich ihre Hausnummer nicht „gemerkt", d. h. noch niemals danach gesehen oder gefragt hatten.

Verhalten nach der Einprägung des Stoffes.

Wichtig ist sodann für manche psychiatrische Zwecke, daß es nicht gleichgültig ist, wie man sich nach dem Lernen bzw. nach einem Erlebnis verhält. Dürfen wir ausruhen, so haben wir mehr Aussichten, den Stoff zu behalten, als wenn unsere Aufmerksamkeit sofort anderweitig in Anspruch genommen wird, und insbesondere aufregende Ereignisse können eben erworbene Erinnerungen vollkommen auslöschen. Vielleicht steht mit diesen Tatsachen in Zusammenhang eine andere, auf die Kraepelin aufmerksam gemacht hat, daß wir nämlich unmittelbar nach einem Konzert z. B. weniger imstande sind, uns über unsere Eindrücke Rechenschaft zu geben, als nach einer gewissen Zeit der Sammlung. Experimentell hat Finzi gezeigt, daß sich der Umfang eines erlernten Stoffes 8—30 Sekunden nach der Einprägung als größer herausstellt als unmittelbar nach dem Memorieren. — Daß die Empfänglichkeit für neue Eindrücke (ebenso wie die Fähigkeit zur Reproduktion) in völlig ausgeruhtem Zustande und bei körperlichem Wohlbefinden besser ist als in der Erschöpfung und unter der Einwirkung irgendwelcher hemmenden Gifte, versteht sich von selbst.

Erinnerungsfälschungen, Konfabulationen, Suggestibilität.

Schon bei der bisherigen Besprechung hat sich ergeben, daß die Grenzen zwischen normalem und krankem Seelenleben, soweit es die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses angeht, nicht überall scharf sind. Sie erscheinen noch fließender, wenn wir jetzt die qualitativen Gedächtnismängel der Gesundheitsbreite betrachten. Auch beim Gesunden entstehen auf dem durch Gedächtnislücken und unsichere Erinnerungen bereiteten Boden durch nachträgliche Umdeutung und Verfälschung häufig „Pseudoreminiszenzen", Konfabulationen. Das ist namentlich für Zeugenaussagen recht unbequem. Ist die Erinnerung an einen Vorgang ungenau oder lückenhaft, so fällt der Bericht darüber auch beim Normalen nicht sowohl dürftig als vielmehr fehlerhaft aus.

Diese Erscheinung ist so wichtig, daß wir ihre Ursachen etwas näher kennen lernen müssen. Im Prinzip handelt es sich dabei immer um die gleichen

[1]) Auf diesem besteht unseres Erachtens auch die Überlegenheit des „spontanen" Merkens über das „lernende" (Kohnstamm).

Dinge. Die Erinnerungen werden mit denen an spätere Erlebnisse verschmolzen, mit Gelesenem oder Gehörtem verwechselt und insbesondere bei wiederholter Wiedergabe allmählich immer mehr umgestaltet. Die besondere Gefahr dieser „normalen" Störung besteht darin, daß der unbefangene Laie mit ihr nicht rechnet und den Gang eines Ereignisses in gutem Glauben „vollständig" darstellt, obwohl ihm bestimmte Glieder in der Erinnerung tatsächlich fehlen. Man braucht nur eigene Reminiszenzen an einen weit zurückliegenden Vorgang mit denen eines anderen zu vergleichen, der ihn miterlebt hat, um das bestätigt zu finden; jeder vertritt dann mit gleicher subjektiver Sicherheit eine Darstellung, die von der des anderen in wesentlichen Zügen abweicht. Sehr ausgesprochen sind diese Erinnerungstäuschungen bekanntlich in der Kindheit. Kleine Kinder unterscheiden ihre Erinnerungen an wirklich Erlebtes noch nicht so scharf wie Erwachsene von dem, was sie gehört, geträumt oder beim Spielen zusammenphantasiert haben [1]).

Aus diesem Grunde sind kindliche Erinnerungen auch besonders suggestibel. Schon ungeschickt formulierte Fragen (war das Tuch blau oder rot, welcher von diesen Männern war es? anstatt, welche Farbe hatte das Tuch, ist der Mann unter diesen hier?) genügen, um sie unsicher zu machen. Um so mehr wirkt naturgemäß die Dressur durch einen paranoischen Vater etwa, der seine Kinder zu Zeugen seiner Wahnideen erzieht, oder durch eine hysterische Mutter, die ihnen ihre eigenen Einbildungen mitteilt.

Diese Suggestibilität der Erinnerungen, die wir in geringen Graden bekanntlich auch bei Erwachsenen (und zwar bei Frauen mehr als bei Männern) finden, ist eine der merkwürdigsten und dunkelsten psychologischen Tatsachen, die wir überhaupt kennen. Sie führt notwendig auf die Frage, was denn überhaupt den subjektiven Wahrheitswert einer Erinnerung ausmacht, und diese Frage läßt sich nur sehr ungenügend beantworten. Was wir besitzen, ist ein inneres Gefühl der Gewißheit bestimmten Erinnerungen gegenüber; aber auch dieses Gefühl gerät oft dann schon ins Schwanken, wenn wir diese Erinnerungen beschwören oder zum Gegenstand einer Wette machen sollen. Was aber schlimmer ist, dieses „Geltungsgefühl" drängt uns zuweilen auch Erinnerungen als wirklich auf, die es tatsächlich nicht sind; innere Kraft des Gefühls und objektive Begründung gehen nicht immer parallel. Da es mit unseren Überzeugungen ebenso steht, haben wir hier eine der wichtigsten Ursachen für die subjektive Natur und die Unzulänglichkeit aller menschlichen Erkenntnis vor uns, zugleich aber auch den Grund für die Häufigkeit, mit der Erinnerungsfälschungen (einschließlich vieler Wahnideen) bei Geisteskranken vorkommen. Dieser Grund liegt in der Affektivität.

Gedächtnis und Gefühl.

Die Affektivität greift fortgesetzt — vom Auffassen bis zum Reproduzieren — in die Tätigkeit des Gedächtnisses ein; hauptsächlich deshalb gibt es außer dem einfachen Vergessen auch eine Verfälschung, eine nachträgliche Umgestaltung der Erinnerungen. Wir hörten, daß eine gewisse Gefühlsbetonung, ein gewisses Interesse eine notwendige Voraussetzung für die Auffassung

[1]) Vgl. dazu z. B. Goethe in Dichtung und Wahrheit und Gottfried Keller im Grünen Heinrich.



und damit für das Merken eines Vorganges bildet. Nur deshalb haften die meisten persönlichen Erlebnisse so fest: „ein glänzender Erfolg und eine schwere Kränkung vergessen sich nicht so leicht“ sagt Ebbinghaus. Aber der Satz hat doch auch seine Kehrseite: mit dem Gegenstück, mit Mißerfolgen und eigenen Verfehlungen geht es vielen Menschen durchaus anders. Diese Erinnerungen werden vergessen oder, wie man heute mit Freud sagt, „verdrängt“. Peinliche Gedanken läßt uns eine beinahe instinktiv erworbene Lebenskunst, so gut wir irgend können, ablehnen, und, wenn uns das wirklich trotz ihres Gefühlstones gelingt, so tauchen sie schließlich endgültig unter. Das ist schon bei Gesunden in gewissem Grade so und erst recht bei Hysterischen, die deshalb (in der Untersuchungshaft z. B.) zu ganz ausgedehnten Amnesien gelangen können. Der „Komplex“ der Straftat versinkt, auch die Vorstrafen werden vergessen usf. (Über diese hysterischen Erinnerungsstörungen, mit denen natürlich auch die Erscheinungen der Pseudodemenz verwandt sind, vgl. den Abschnitt Bewußtseinsstörungen).

Ganz allgemein werden unsere Erinnerungen durchschnittlich im optimistischen Sinne umgestaltet. Die meisten Patienten halten ihr gegenwärtiges Leiden für bedeutend schlimmer als alle vorangegangenen, und auch der allen Epochen gemeinsame Glaube an die „gute alte Zeit“ und der an die „glücklichen Schuljahre“ werden häufig so entstanden sein. Die Erinnerung entkleidet weit zurückliegende Ereignisse ihrer unangenehmen Gefühlstöne, und so wird die Vergangenheit durch das Gedächtnis verschönt.

Erinnerung an Gefühle.

Ein Grund für diese Verschiebung liegt in der Ungenauigkeit unserer Erinnerungen an Gefühle, Affekte und Stimmungen. Wer je nach genügend langem Zwischenraum von ihm selbst geschriebene Briefe wieder gelesen hat, der hat wohl alle tatsächlichen Ereignisse wieder vor sich entstehen sehen; aber er hat die Stimmung nicht begreifen können, die diese Erlebnisse damals bei ihm erzeugt hatten. Insbesondere wenn die gegenwärtige Stimmung der, die erinnert werden soll, wenig entspricht, stehen wir eigenen früheren Gefühlen ebenso verständnislos gegenüber, wie der fröhlichen Laune eines Bekannten, der wir in trauriger Verfassung begegnen. Aber auch dabei bleibt es noch nicht, auch die Auswahl der Vorstellungen, die Reproduktion der Erinnerungen hängt, wie wir noch ausführlich hören werden (S. 107), von bestimmten Gefühlslagen ab; je nach der Stimmung werden bald heitere, bald traurige Erinnerungen vorzugsweise zugelassen, die anderen (die häufig die Gegengründe gegen bestimmte, z. B. melancholische, Auffassungen enthalten) überhaupt nicht gedacht. Deshalb werden in depressiver Stimmung nicht bloß die Zukunftsaussichten, sondern auch die Erfolge der Vergangenheit ungünstiger beurteilt als in heiterer.

Schließlich aber kann — so notwendig eine gewisse Gefühlsbeteiligung für das Merken auch ist — ein starker Affekt auch die Auffassung eines Erlebnisses und damit die Erinnerung daran trüben und stören. Zahlreiche Aussageversuche haben übereinstimmend gezeigt, daß fast niemand aufregende Ereignisse oder auch nur solche, die er im Affekt miterlebt hat, richtig wiedergeben kann. Ja sehr heftige Gemütsbewegungen hinterlassen gelegentlich selbst

bei ganz gesunden Menschen eine vollkommene Amnesie, eine Erinnerungslosigkeit für die Dauer ihres Bestehens.

Zeitliche Einordnung.

Nun sind aber die bisher besprochenen Erinnerungsfehler doch nicht die einzigen, denen das noch normale Gedächtnis unterworfen ist, und deshalb werden wir nicht alle Erinnerungsmängel auf Rechnung der Gefühle setzen dürfen. Viel erörtert ist die Unzulänglichkeit der zeitlichen Perspektive; wir orientieren uns an bestimmten Daten, die wir uns merken, und ordnen die übrigen Erinnerungen danach ein; aber darüber hinaus besitzt das Gedächtnis kein anderes Kriterium der Zeitschätzung, als das in dem mehr oder minder starken Abblassen der Erinnerungsbilder gegebene. Wie unzulänglich das ist, braucht nicht eigens besprochen zu werden, und so versteht es sich beinahe von selbst, daß Mängel der Zeiteinschätzung in den Erinnerungsstörungen geisteskranker Menschen eine bedeutende Rolle spielen. Namentlich im Verlaufe des Korssakowschen Syndroms gibt es zuweilen Phasen, in denen die Erinnerungen an sich wieder zur Verfügung stehen, aber zeitlich schlecht eingeordnet werden. So wollen jetzt im Kriege Soldaten, die Hirnschüsse erlitten haben, zuweilen nicht glauben, daß die Verletzung erst wenige Wochen oder Monate zurückliegt, während sie sich an die Tatsachen des Gefechtes, des Erwachens aus der Bewußtlosigkeit, der ersten Behandlung etc. an sich gut erinnern.

Identifizierende Erinnerungsfälschung.

Nur nebenbei sei in diesem Zusammenhange eine eigentümliche Urteilstäuschung erwähnt, die Feuchtersleben als Phantasma des Gedächtnisses, Sander als Erinnerungstäuschung und Jensen als Doppelwahrnehmung beschrieben hatten. Das Symptom ist von Kraepelin sehr prägnant als „identifizierende Erinnerungsfälschung“ bezeichnet worden. Viele Gesunde kennen diesen Zustand (der möglicherweise gelegentlich die Lehre von der Seelenwanderung mitbeeinflußt haben mag): in irgend einer Situation taucht plötzlich die Vorstellung auf, das gleiche schon einmal erlebt zu haben. Am häufigsten scheint das in Episoden leicht getrübten Bewußtseins, also z. B. bei der Epilepsie, nach Schädelverletzungen usf. der Fall zu sein, und dem entspricht es, daß Gesunde, die das Erlebnis sonst nicht kennen, etwas Ähnliches gelegentlich im Traum durchmachen. Walter Scott, der einmal einer identifizierenden Sinnestäuschung im Wachen unterlag, schrieb von einer „verwirrten Vorstellung“ und notierte gleichzeitig „eine zerfließende und schwindlige Empfindung“ auf körperlichem Gebiete. In jedem Falle kann das Symptom, das nur ausnahmsweise länger als einige Sekunden dauert, also wohl als ein Erschöpfungszeichen gedeutet werden.

Der identifizierenden Form der Erinnerungsfälschung in gewisser Hinsicht nahe verwandt ist die assoziierende (Kraepelin). Bei ihr wird nicht die gesamte Situation (einschließlich der eigenen Person) noch einmal in die Vergangenheit projiziert, sondern nur eine bestimmte Wahrnehmung, ev. die eines Menschen, als schon von früher bekannt empfunden. Die Täuschung braucht nicht einmal mit der wirklichen Wahrnehmung zusammenzufallen, sondern kann erst nach Stunden oder selbst Tagen entstehen. So mag sie

gelegentlich die Ursache für die Behauptung des „Wahrträumens" oder des „zweiten Gesichts" abgeben.

Beispiel:

Eine Dame verletzt sich des Morgens beim Brotschneiden an der Hand und behauptet sofort, diese Wunde schon am Tage vorher, und zwar zu derselben Stunde, für einen Augenblick an ihrer Hand gesehen zu haben.

Kryptomnesieen.

Nicht ganz selten scheint schließlich eine Form des Vergessens zu sein, die Bleuler Kryptomnesie nennt. Erinnerungen verlieren die „Erinnerungsqualität" und erscheinen den Patienten als Neuschöpfungen. Bleuler meint mit Recht, daß auf diese Weise manche Prioritätsstreitigkeiten zwischen Gelehrten zustande kommen, und erinnert an den bekannt gewordenen Fall eines Kunstkritikers, der — offenbar in gutem Glauben — die Kritik eines andern wörtlich als die seine wiedergegeben hat. Übrigens sind auch gesunde Menschen häufig außerstande festzustellen, ob sie einen Gedanken selbst gedacht oder von anderen übernommen haben. Meistens ist dann das zweite der Fall.

Räumliche Erinnerungen.

Etwas zuverlässiger als die an zeitliche Beziehungen sind bekanntlich unsere Erinnerungen an räumliche Verhältnisse. Immerhin finden wir auch hier überraschende Mängel, die sich wieder zum guten Teil auf ungenaue Beobachtungen, also auf Schwächen der Auffassung zurückführen lassen. Aber außerdem werden auch diese Erinnerungen häufig nachträglich verfälscht, und zwar um so stärker, je länger sie zurückliegen. Den extremsten und psychologisch verständlichsten Fall dieser Art stellt das Mitwachsen der Kindheitserinnerungen dar, ein zweifellos normales Vorkommnis, das wohl jedem aus eigener Erfahrung geläufig ist. „Wie klein ist doch der Garten, der meine ganze Welt war; ich begreife nicht, wo der Raum geblieben ist, den ich oft atemlos durchlaufen habe", schrieb einmal Bismarck nach dem Besuch des Hauses, in dem er seine Kinderjahre verbracht hatte.

b) Klinik der Gedächtnisstörungen.

Agnosieen, Seelenblindheit, Seelentaubheit etc.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß besonders intensive Schädigungen des Gedächtnisses immer dann beobachtet werden, wenn die Hirnrinde vorübergehend oder dauernd schwer erkrankt oder zerstört ist. Dabei haben sich die einzelnen Rindengebiete als nicht gleichwertig erwiesen. Während diffuse Erkrankungen des Kortex gewöhnlich alle Erinnerungsbilder[1]) gleichmäßig schädigen, bewirkt die isolierte Läsion einzelner Abschnitte des Hirnmantels den ausschließlichen Verlust bestimmter „Partialgedächtnisse". Er-

[1]) Nur der Einfachheit halber wird im folgenden von „Erinnerungsbildern" auch da gesprochen, wo richtiger „materielle Voraussetzungen der Erinnerungsbilder" gesagt werden müßte.



innerungsstörungen können also unter Umständen auch eine lokaldiagnostische Bedeutung erlangen.

Wir dürfen seit Munks Untersuchungen über die „Seelenblindheit" mit einem gewissen Recht ein optisches, ein akustisches, ein taktiles Gedächtnis, eines für Riech- und ein fünftes für Geschmackseindrücke unterscheiden. Jedem Sinnesgebiet würde danach ein eigenes Erinnerungsvermögen entsprechen. So scheint — mit manchem Vorbehalt [1]) allerdings — etwas wie eine „Lokalisation" dieser psychischen Leistungen möglich geworden zu sein, und zwar fällt das, was man die „Zentren" dieser Spezialgedächtnisse nennen könnte, mit dem Gebiet der Sinnessphären [2]) nahe zusammen, freilich ohne sich mit ihnen zu decken.

Im einzelnen wird die „Seelenblindheit" durch ausgedehnte und tiefgehende Zerstörungen besonders in den lateralen Partien beider Okzipitallappen hervorgerufen, während für das Sehen selbst in erster Linie die medialen Abschnitte der Hinterhauptregion (Fissura calcarina) in Anspruch genommen werden. Die einseitige Zerstörung dieser Sehsphäre bewirkt Hemianopsie, die doppelseitige dementsprechend natürlich Rindenblindheit. Das Ergebnis dagegen, das Munk durch die Exstirpation lateral gelegener Partien beim Hunde erhielt, war keineswegs Blindheit, sondern ein psychischer Defekt, ein Gedächtnisverlust [3]). Ein solches Tier sieht, es weicht Hindernissen aus, aber es identifiziert das Gesehene nicht, es hat seine optischen Erinnerungsbilder verloren. Darum fürchtet es die Peitsche nicht mehr, blinzelt nicht beim Blick ins Feuer und äußert keine Freude beim Anblick seines Herrn oder bei der Begegnung mit anderen Hunden. Ganz ähnlich ist das Verhalten eines seelenblinden Menschen. Auch bei ihm kann man sich leicht überzeugen, daß er sein Sehvermögen nicht eingebüßt hat, und doch erkennt er seine nächsten Angehörigen nicht, er würde in ein brennendes Licht fassen, wenn man ihn nicht

[1]) Auf die Art dieser Vorbehalte kann hier nicht eingegangen werden; nur mag der naiven Auffassung entgegengetreten werden, als ob jedes einzelne Erinnerungsbild gewissermaßen in eine Ganglienzelle eingeschlossen wäre. Über die Art der physischen Parallelprozesse wissen wir natürlich gar nichts, und hinsichtlich des anatomischen Sitzes dieser Vorgänge kann aus mannigfachen Gründen nur das eine geschlossen werden, daß auch der einfachsten Vorstellung die Erregung eines ausgedehnten Komplexes nervöser Elemente entsprechen muß.

Dabei versteht sich von selbst, daß ein und dasselbe Grundelement beim Zustandekommen grundverschiedener Erinnerungsbilder mitbeteiligt sein wird. Somit muß die „Lokalisation" der Partialgedächtnisse nicht bedeuten, daß der Tätigkeit eines solchen Gedächtnisses die ausschließliche Erregung dieser einen Rindenpartie parallel geht; nur werden die Elemente einer solchen Region, also der optischen z. B. bei einer Gesichtsvorstellung, mitfunktionieren müssen, und ihre Intaktheit wird eine notwendige Voraussetzung des psychischen Vorgangs darstellen.

[2]) Ob dieselben Elemente dem Erinnern und dem Empfinden dienen, ist für unsere Zwecke an sich gleichgültig; doch muß aus den im Text besprochenen Tatsachen gefolgert werden, daß es nicht der Fall ist. Jedenfalls können nicht bloß die der Empfindung dienenden Elemente auch für das Zustandekommen der Erinnerungsbilder wichtig sein. Vgl. dazu auch die Anmerkung 1.

[3]) Erwähnt sei aber, daß von Monakow (Gehirnpathologie II, 766) die Seelenblindheit nicht auf dem Verlust der optischen Erinnerungsbilder, sondern darauf zurückführt, daß die Netzhautreize diese Erinnerungsbilder nur in mangelhafter Weise auslösen können. Auch Liepmann erkennt diesen Fall als tatsächliches Vorkommnis an, aber neben dem im Text besprochenen Verlust der optischen Erinnerungen.

daran verhinderte, er kann sich die Farbe selbst des Himmels und des Blutes (amnestische Farbenblindheit) und ebenso die Form eines Blattes, die der Möbel seines Zimmers nicht vorstellen [1]). Zum mindesten sind alle optischen Eindrücke dieser Art nicht mehr imstande, die entsprechenden sprachlichen Bezeichnungen in das Bewußtsein treten zu lassen [2]). Eine Teilerscheinung solcher Seelenblindheit ist die Alexie, die Aufhebung der Lesefähigkeit (Wortblindheit, vgl. Aphasie).

Übrigens sind reine Fälle von Seelenblindheit nicht häufig [3]) und auch diese sind, zumal im Anfang, wohl stets mit einer Schädigung des Sehens selbst, mit einer Verminderung der Sehschärfe und einer Einschränkung der Gesichtsfelder verbunden.

Ganz denen der Seelenblindheit analog sind die Erscheinungen der Seelentaubheit, die auf dem Verlust akustischer Erinnerungsbilder beruht und [4]) durch ausgedehnte Herde in der ersten linken Temporalwindung und ihrer Nachbarschaft (Inselrinde) zustande kommt [5]). Seelentaube Menschen hören, wie seelenblinde sehen, aber sie verstehen das Gehörte nicht mehr und erkennen Klänge und Töne nicht wieder. Auch hier ist die sensorische Aphasie, die Worttaubheit, (wie oben die Alexie) eine Teilerscheinung dieser Störung. Worttaube (sensorisch-aphasische) Patienten verhalten sich dementsprechend ihrer eigenen Muttersprache gegenüber ebenso wie einer total fremden.

Als drittes, nicht ganz gleichwertiges Lokalsymptom reiht sich den beiden eben besprochenen die „Seelengefühllosigkeit“, die „Tastlähmung“ (Wernicke), an. Die Fähigkeit, durch Betasten Gegenstände zu erkennen, der stereognostische Sinn ist bekanntlich an die Intaktheit der Zentralwindungen (insbesondere des mittleren Drittels der hinteren Zentralwindung) gebunden und kann deshalb bei Herden in dieser Region verloren gehen. Voraussetzung der Diagnose ist natürlich die, daß die Kranken Berührungen als solche noch wahrnehmen. In reinen Fällen läßt sich nicht nur das nachweisen, sondern (durch das Auflegen von Geldstücken, Schreiben von Buchstaben und Zahlen in die Handfläche) sogar zeigen, daß die Wahrnehmung der Fläche ungestört und nur das dreidimensionale Erkennungsvermögen aufgehoben ist.

Motorische Aphasie. Apraxie. Organisches Gedächtnis.

Schließlich lassen sich auch die Erscheinungen der motorischen Aphasie [6]) und die mancher Apraxieformen [7]) (Seelenlähmung) als partielle Erinnerungsstörungen auffassen. Die Kranken haben die Bewegungsformeln verloren, die zur Ausführung eines gewollten Zweckes — Wortbildung, Bewegung

[1]) von Monakow.
[2]) Über die Unterscheidung von bestimmten Aphasieformen vgl. unter Aphasie.
[3]) Natürlich kann die Zerstörung des lateralen Hinterhauptslappens auch im Laufe eines diffusen Rindenprozesses (Paralyse, Dementia senilis) eintreten.
[4]) Sc. bei Rechtshändern; bei Linkshändern ist das Sprachverständnis an die Intaktheit des rechten Schläfenlappens gebunden.
[5]) Nicht bewiesen ist, daß die einseitige (linksseitige) Zerstörung des Temporallappens bei allen Menschen Worttaubheit zur Folge haben muß; offenbar kann die rechte Hemisphäre für die linke eintreten.
[6]) Näheres vgl. unter Aphasie.
[7]) Siehe dort.

— notwendig sind; deshalb können sie die — nicht gelähmten — Muskeln ihrer Sprachorgane oder ihres Armes z. B. nicht in der Form und Reihenfolge innervieren, die zur Betätigung ihrer Absicht erforderlich sind. Schon Broca definierte seine Aphemie, die motorische Aphasie, als den Verlust des „souvenir du procédé qu'il faut suivre pour articuler les mots".

Nun lehrt die einfache Selbstbeobachtung, daß sich wenigstens beim Erwachsenen zwischen den Entschluß, ein gedachtes Wort auszusprechen, und seine Ausführung gewöhnlich nichts Bewußtes mehr einschiebt. Die komplizierte Innervation der Artikulationsmuskeln rollt automatisch ab. Genau so ist es mit vielen schwierigen Bewegungen, die uns geläufig geworden sind, die wir „spielend" ausführen. Ursprünglich haben wir sie unter der ständigen Kontrolle des Bewußtseins erlernt und eingeübt, dann sind sie selbständig geworden und erfolgen ganz oder teilweise unbewußt, mehr oder minder reflektorisch. Man braucht nicht an das Reiten, Radfahren, Klavierspielen zu erinnern, um das zu belegen; tausend Handlungen, vom Gehen bis zum Schreiben, haben diese Entwicklung durchgemacht.

Gehen diese Bewegungsmechanismen verloren, so spricht man heute von Apraxie (vgl. dort). Aber auch sie kann man als einen Gedächtnisverlust auffassen, wenn man mit Ribot die motorische Sprache und alle sonstigen eingeschliffenen Bewegungsformen als „organisches Gedächtnis" zusammenfaßt. Der Begriff ist insofern brauchbar, als bewußte und unbewußte Funktionen fließend ineinander übergehen und bei manchen Rindenprozessen zusammen erkranken; das „organische Gedächtnis" erweist sich dabei aber stets als widerstandsfähiger als das psychische (s. u.).

Andere partielle Gedächtnisverluste.

Mit der verschiedenen Lokalisation der Partialgedächtnisse wird gewöhnlich eine psychologische Tatsache in Zusammenhang gebracht, über deren Ursache wir tatsächlich gar nichts wissen: die relative Unabhängigkeit, die zwischen den einzelnen sinnlichen Erinnerungsbildern besteht. Wir besitzen in Wirklichkeit nicht ein Gedächtnis schlechthin, sondern mehrere Teilgedächtnisse; aber diese psychologische Differenzierung ist viel komplizierter als die der anatomischen Lokalisation. Gewiß verhalten sich schon die großen sinnlichen Vorstellungskategorien im Denken der einzelnen Menschen verschieden; bei dem einen herrschen die optischen, bei dem andern die akustischen Erinnerungsbilder vor, und bei einer dritten Gruppe sind die Bewegungs- (kinästhetischen) Vorstellungen besonders lebhaft. (Am häufigsten ist ein gemischter, akustisch-motorischer Typ.) Ein Schüler lernt seine Aufgabe besser mit Hilfe der Augen auswendig, der andere, indem er sie wiederholt laut aufsagt. Aber solche individuellen Differenzen, die durch die berufliche Tätigkeit gelegentlich noch verschärft werden, treten nicht selten auch innerhalb ein und desselben Sinnesgebietes auf. Nicht bloß das Orts- und das Formengedächtnis sind von den akustischen Erinnerungsbildern unabhängig, sondern auch Namen, Zahlen und Tonhöhen werden zuweilen von demselben Menschen verschieden leicht behalten.

Diesen physiologischen Unterschieden entsprechen nun auf pathologischem Gebiete gewisse partielle Gedächtnisstörungen, die jedem Versuch einer anato-

mischen Lokalisation erst recht spotten. Der bekannteste Fall dieser Art ist der, den Rieger mit vorbildlicher Genauigkeit untersucht hat. Nach einer Gehirnverletzung waren einzelne Buchstaben und Zahlen dauernd verloren gegangen; sie ließen sich auf keine Weise mehr ins Bewußtsein bringen. Analog sind die Beobachtungen Forres Winslows [1]), in denen das eine Mal nach einer Trepanation (vorübergehend) die Zahlen fünf und sieben, das andere Mal nach einer akuten Fieberkrankheit der Buchstabe F ausgefallen war. Sodann erwähnt Liepmann einen an polyneuritischer Psychose leidenden Kranken, der Zahlen und Worte noch gut behielt, Bilder und Gegenstände dagegen sofort vergaß; und Wolff hat mehrere Fälle beschrieben, in denen gewisse Klassen sinnlicher Erinnerungsbilder verschwunden, die Allgemeinvorstellungen jedoch erhalten geblieben waren. Endlich sehen wir jetzt im Kriege bei Hirnverletzten sehr merkwürdige ähnliche Ausfälle. Oft ist — zumeist übrigens nach Verletzung des Sprachgebietes, aber häufig ohne eigentliche aphasische Symptome — die Rechenfähigkeit isoliert beeinträchtigt; in einem Falle (zit. nach Birnbaum) hatte ein Mediziner seine ganzen chemischen Formeln und Rezepte, in einem anderen (eigene Beobachtung) ein kaufmännischer Korrespondent nicht bloß alle Adressen, sondern überhaupt seine ganze Geographie vergessen. (Natürlich besteht in solchen Fällen immer ein gewisser Verdacht auf eine psychogene Entstehung).

Gewöhnlich wird übrigens in diesem Zusammenhange auch die zuerst von Wernicke gemachte Beobachtung erwähnt, nach der gelegentlich Menschen, die mehrere Sprachen beherrscht hatten, durch einen Schlaganfall alle bis auf die Muttersprache einbüßten. In Wirklichkeit handelt es sich dabei mit viel größerer Wahrscheinlichkeit um einen Teilfall des oben erwähnten Gesetzes, nach dem später erworbene Erinnerungen leichter ausgelöscht werden können als frühere. Somit werden wir diese Fälle besser unter den allgemeinen Gesetzen des Gedächtnisverlustes besprechen, auf die unten eingegangen werden soll.

Störungen der Merkfähigkeit.

Die häufigste Störung des Gedächtnisses ist zweifellos die des Merkens, die oft sekundär aus einer Störung der Auffassung oder des Interesses folgt, in organischen Fällen aber fast immer als selbständiges Symptom auftritt und aus einer verminderten Aufnahmefähigkeit des nervösen Gewebes abgeleitet werden muß. Sie wird bei allen möglichen groben Gehirnleiden beobachtet, mögen sie durch mechanische oder durch toxische Schädigungen, durch akute oder durch chronische Veränderungen bedingt sein. Sie gehört zum Bilde jeder Bewußtseinstrübung und wird bei keiner organischen Verblödung vermißt. Wohl aber ändern sich die Begleitumstände, unter denen das Symptom auftritt. Greift die Hirnschädigung tiefer, so werden auch ältere Erinnerungen ausgelöscht, entweder (nach einmaliger schwerer Läsion) in Form der retrograden Amnesie (s. u.) oder (bei chronischen Prozessen) durch allmählichen Ausfall auch weiter zurückliegender Erinnerungen. Oft besteht neben der Merkschwäche eine Störung des Denkvorganges, der Assoziationstätigkeit,

---

[1]) Zitiert nach Ribot.



und damit leidet die Reproduktion früher erworbener Erinnerungen Not, auch wenn sie noch nicht endgültig ausgelöscht sind. Oder mit der Merk- verbindet sich eine Urteilsschwäche.

Auf diese Modalitäten des Auftretens und auf ihre diagnostische Bedeutung soll unten eingegangen werden. Hier sei nur eine allgemeine Gesetzmäßigkeit erwähnt, daß nämlich ausgesprochene Merkdefekte regelmäßig Konfabulationen nach sich ziehen: die Lücken der Erinnerung werden durch frei auftauchende Erfindungen, Pseudoreminiszenzen, ausgefüllt.

Retrograde Amnesie.

Selbstverständlich hinterlassen Zustände tiefer Bewußtlosigkeit, auf welche Weise sie auch zustande kommen, eine Erinnerungslosigkeit, eine Amnesie für die Zeit ihres Bestehens. Da nichts bewußt wird, kann auch nichts behalten werden. Bestimmte grobe Schädigungen, die das Gehirn treffen, veranlassen aber nicht selten eine Erinnerungslücke, die mehr oder minder weit über die Zeit der Bewußtseinstrübung zurückgreift (retrograde Amnesie). Nach Schädelverletzungen (Erschütterungen, Hirnschüssen etc.), Blitzschlägen, Apoplexien, Erhängungsversuchen, Kohlenoxyd- und anderen Vergiftungen, ja selbst nach einem schweren Rausch, nach paralytischen und eklamptischen Anfällen fehlt zuweilen nicht bloß jedes Gedächtnis für diese Ereignisse selbst und eine verschieden lange darauf folgende Zeitspanne, in der die Merkfähigkeit aufgehoben gewesen war, sondern zugleich geht auch die Erinnerung an die letzten Minuten, Stunden oder Tage verloren, die vor der Schädigung gelegen hatten. (Auch nach epileptischen Anfällen wird etwas Ähnliches beobachtet, jedoch kann hier die Möglichkeit einer präparoxysmalen Bewußtseinstrübung nicht immer ausgeschlossen werden.) Gewöhnlich greift die retrograde Amnesie nicht allzu weit zurück, es sind aber auch Fälle beobachtet worden, in denen wochenlange oder noch längere Episoden aus der Erinnerung ausgefallen waren. (Über die Möglichkeit einer psychogenen Entstehung in manchen dieser Fälle siehe unten.) Bei so ausgedehnten Gedächtnisverlusten läßt sich nun beinahe immer eine allmähliche, stufenweise Abnahme der Amnesie nach rückwärts beobachten. So war ein 25jähriger Patient meiner Beobachtung nach einem Gehirnschuß (Suicidversuch), der eine viertägige Bewußtlosigkeit hinterließ, ohne Erinnerung an die Tat und die ihr voraufgegangenen letzten zwei Tage (in denen die Motive zum Selbstmord lagen), dann folgten nach rückwärts für etwa zwei Wochen Bruchstücke in Gestalt sehr summarischer und traumhafter Reminiszenzen und endlich nachweislich unsichere und namentlich zeitlich falsch orientierte Erinnerungen noch für die letzten 2—3 Jahre. Dabei fielen in diese Jahre die Examina als Fähnrich, das erste und zweite Manöver usf. Die Erinnerungen bis zum 22. Lebensjahr waren vollkommen erhalten geblieben, dagegen bestand noch Wochen nach der Verletzung eine starke Merkfähigkeitsstörung. Das bestätigt eine Beobachtung von Sibelius, nach der nach Kohlenoxydvergiftungen sowohl die Ausdehnung der retrograden Amnesie wie die Stärke der später vorhandenen Merkfähigkeitsstörung der Tiefe und Länge der Bewußtlosigkeit parallel zu verlaufen pflegen.

Regressionsgesetz.

Die eben besprochene Verteilung der retrograden Amnesien illustriert nun in besonders grober und durchsichtiger Form ein allgemeines Gesetz, das für alle organischen Störungen des Gedächtnisses i. e. S. gilt, und das Ribot unter dem Namen loi de la regression zusammengefaßt hat. Sein Wesen läßt sich am kürzesten in Ribots Formel ausdrücken: „das Neue stirbt vor dem Alten“. Die organischen Gedächtnisstörungen verhalten sich also darin gerade so, wie das normale Vergessen (vgl. oben). Das liegt nicht nur daran, daß eine organische Schädigung des Gedächtnisses i. e. S. ohne gleichzeitige Störung der Merkfähigkeit nicht vorkommt, daß also bei länger bestehender Krankheit neue Erinnerungen einfach deshalb fehlen, weil sie gar nicht mehr erworben werden konnten. Bei vielen Rindenprozessen tritt zur Merkschwäche wirklich ein Verlust früher (vor der Krankheit) erworbener Bewußtseinsinhalte hinzu, und dieser breitet sich fast immer in allmählich abnehmendem Grade nach rückwärts aus; so daß auch hier (wie bei der retrograden Amnesie) ceteris paribus die Erinnerungen am schwersten geschädigt werden, die unmittelbar vor dem Beginn der Krankheit erworben worden waren. Nur ist natürlich zu beachten, daß die Resistenzfähigkeit der Gedächtnisspuren von sehr verschiedenen Faktoren abhängt, und daß z. B. stark affektbetonte oder oft gebrauchte Erinnerungen, auch wenn sie verhältnismäßig jung sind, fester haften als andere, die zwar früh erworben, aber nicht besonders fest fixiert worden waren. Insofern darf man hier schematische Verhältnisse gewiß nicht voraussetzen, aber bei verständnisvoller Beurteilung der Prüfungsergebnisse wird sich Ribots Gesetz zumeist bestätigen lassen.

Diagnostisch ist das recht wichtig: wird irgendwo eine Erinnerungslücke behauptet, die kürzlich (nicht im Anschluß an eine damalige Erkrankung) entstanden sein soll, und die nicht bis zur Zeit der (wirklich oder angeblich) bestehenden Erkrankung heranreicht, so kann sie nur psychogen bedingt oder aber simuliert sein.

Übrigens bildet sich die (organische) Störung gewöhnlich auch auf dem umgekehrten Wege zurück: das Alte restituiert sich zuerst, das Neue erst später oder gar nicht (Pick u. a.). Für die retrograden Amnesien gilt natürlich dasselbe.

Differentialdiagnose der organischen Gedächtnisstörungen.

Im Anschluß an die vorstehende allgemeine Besprechung sollen jetzt die Haupttypen der organischen Gedächtnisstörungen nacheinander skizziert werden. Es sind dies die des Korssakowschen Syndroms, der Presbyophrenie (senilen Demenz) und der progressiven Paralyse. Von ihnen wurde früher gelehrt, daß sie in bezug auf die Erinnerungsstörungen prinzipiell übereinstimmten. In Wirklichkeit besteht nur hinsichtlich des äußeren Bildes — der Unfähigkeit, die Namen der Umgebung, den Aufenthaltsort, die Erlebnisse der letzten Zeit anzugeben — eine gewisse Ähnlichkeit; die weitere Analyse ergibt aber weitgehende Unterschiede, die auf dem verschiedenen Anteil beruhen, den die Störungen der Aufmerksamkeit, Auffassung, Merkfähigkeit, des Gedächtnisses i. e. S. und der Reproduktion an der Symptomatologie dieser Krankheiten nehmen.

Korssakow'sches Syndrom.

Am durchsichtigsten und reinsten stellt sich die Gedächtnisstörung bei dem sog. Korssakowschen Syndrom, dem amnestischen Symptomenkomplex dar. Ursprünglich nur bei zugleich an Polyneuritis leidenden schweren Alkoholisten beschrieben, ist dieses Zustandsbild nach heutiger Auffassung keiner bestimmten Krankheit eigentümlich, sondern stellt eine allgemeine Reaktionsform dar, mit der das Gehirn auf ganz verschiedene — toxische, infektiöse, traumatische — schwere Schädigungen antwortet. Bonhoeffer und Schröder haben mit Recht darauf hingewiesen, daß es in jeder Bewußtlosigkeit enthalten ist und im Delir z. B. nur durch die aktiven Symptome der Unruhe und des Halluzinierens überlagert wird. Treten — bei Alkoholisten oder nach Hirnerschütterungen z. B. — die Erregung, die schwere Bewußtseinstrübung, die Halluzinationen usf. zurück, so bleibt dieses Syndrom zuweilen als der am schwersten ausgleichbare Rest einer besonders intensiven Schädigung übrig.

Im einzelnen finden wir den amnestischen Komplex, außer bei der „polyneuritischen" Psychose und bei Trinkern überhaupt, bei allen möglichen anderen Vergiftungen (Morphium [Haymann], Kohlenoxyd [Sibelius], Blei, Quecksilber, Kupfer, Arsen, Phosphor, Ergotin, Pellagra [Wachsmut]), bei Hirnsyphilis, Paralyse, nach Typhus (Mönkemöller, Bonhoeffer), bei Hirntumoren, multipler Sklerose und Arteriosklerose, hier insbesondere nach Apoplexien. (Der Vollständigkeit halber sei übrigens erwähnt, daß sich die Merkstörung bei Trinkern, und zwar besonders bei Schnapstrinkern auch allmählich und in so geringer Ausprägung entwickeln kann (vgl. Alkoholdemenz), daß von einem Korssakow darum noch nicht gesprochen werden darf. Für dieses Symptom liegen die Dinge gerade so, wie für die Polyneuritis, mit der es sich bei der „polyneuritischen Psychose" so oft verbindet: beide können sich bis zu einem mäßigen Grade auch schleichend und ohne stürmischen Beginn, vereint oder unabhängig voneinander, einstellen).

Das Verhalten der Kranken hat Korssakow selbst schon sehr anschaulich geschildert: sie machen zunächst den Eindruck von Menschen, die ihrer Geisteskräfte völlig Herr sind, sprechen mit Überlegung, ziehen wichtige Schlüsse, spielen Schach, Karten usf., und erst bei längerer Unterhaltung stellt sich heraus, daß sie von Zeit zu Zeit die Ereignisse untereinandermengen und das meiste, was um sie vorgeht, vergessen. Sie wissen nicht, ob sie gespielt haben, ob man schon bei ihnen gewesen ist, sie lesen stundenlang ein und dieselbe Seite, weil sie ihren Inhalt sofort wieder vergessen, wiederholen ihre eigenen Erzählungen immer wieder, kennen die Personen ihrer Umgebung nicht etc. Dagegen erzählen sie allerhand Dinge, die nicht wahr sind: von imaginären Besuchen, Unterhaltungen, Ausfahrten, Geschäften u. dgl.

In dieser Schilderung sind die Hauptzüge des amnestischen Symptomenkomplexes schon enthalten. Im Vordergrund soll der Merkdefekt stehen, der zunächst weder mit Urteilsschwäche, noch auch mit Störungen der Aufmerksamkeit und Auffassung verbunden zu sein scheint und dem Kranken selbst doch nicht zum Bewußtsein kommt.

Die nähere psychologische Analyse zeigt nun allerdings, daß diese Charakteristik doch gewisser Einschränkungen bedarf. Die Merkstörung zwar ist in der Tat fast immer erheblich, wenn sie sich auch im Experiment als nicht

ganz so groß erweist, wie sie am Krankenbett erscheint, und jedenfalls niemals in einer vollkommenen Aufhebung des Merkens besteht. Namentlich innere psychische Vorgänge und delirante Erlebnisse werden oft überraschend gut behalten (Schröder). Wichtiger aber ist, daß diese Unfähigkeit des Gehirns, neue Eindrücke aufzubewahren, doch ziemlich regelmäßig noch durch Störungen der Aufmerksamkeit und der Auffassung unterstützt wird. Die geistige Energie hat fast immer erheblich nachgelassen, die Stimmung ist stumpf, teilnahmslos, und dazu kommt, daß die Erinnerungsbilder viel langsamer auftauchen als bei Normalen (Kraus). So wird vieles deshalb nicht gemerkt, weil die meisten Dinge nicht beachtet oder nicht aufgefaßt werden. Damit hängt wohl die Feststellung Gregors zusammen, daß Korssakowkranke selbst längere Reihen, sofern sie sie auffassen, auch lernen können. Immerhin wird man die eigentliche Merkschwäche nicht zu gering veranschlagen dürfen. Man sieht doch nicht selten Patienten, die bei längerer Unterhaltung im Hörsaal z. B. durch ihre Antworten beweisen, daß sie ihre Umgebung etc., wenn auch verlangsamt, schließlich doch aufgefaßt und begriffen haben, die aber, für einen Augenblick heraus- und dann wieder hereingeführt, keine Spur von Erinnerung an diese Erlebnisse mehr besitzen.

Nicht gleichmäßig ist das Verhalten der retrograden Amnesie. Daß diese sich häufig mit dem Korssakowschen Syndrom verbindet, ist ohne weiteres verständlich, da beide Störungen durch verhältnismäßig schwere Hirnschädigungen hervorgerufen werden. Dementsprechend wird man Andeutungen von retrograden Erinnerungsstörungen wohl niemals vermissen. Aber sie beschränken sich zuweilen „auf eine Verschwommenheit der Rückerinnerung an die letzt vergangene Zeit oder auf einen totalen Defekt von nur wenigen Tagen oder Wochen“ (Schroeder). Charakteristischer sind freilich die Fälle, in denen viele Jahre aus der Erinnerung ausgefallen sind — entweder mit einer scharfen Abgrenzung gegen die noch erinnerte Lebensepoche oder aber — häufiger — in Form einer sich allmählich nach rückwärts hin aufhellenden Erinnerung, wie sie bei der retrograden Amnesie auch sonst die Regel bildet. Erstreckt sich die Amnesie weit zurück, so fühlen sich die Patienten folgerichtig in eine frühere Lebensepoche zurückversetzt und handeln dementsprechend; in ihrer Persönlichkeit, ihren Anschauungen und Denkgewohnheiten ist aber der Einfluß der seither gemachten Erfahrungen natürlich doch stets wiederzuerkennen (Heilbronner). — Eine allgemeine, bis zu den Kindheitserinnerungen zurückreichende Gedächtnisschwäche findet sich (im Gegensatz zur senilen Demenz) beim reinen Korssakow nicht.

Die Konfabulationen, mit denen die Kranken die Lücken ihrer Erinnerung ausfüllen, nehmen je nach der Schwere und der Ausdehnung der Störung und nach dem Verhalten des Bewußtseins und des Urteils verschiedene Gestalt an. Ganz vermißt werden sie niemals. Da wo delirante Episoden in den Krankheitsverlauf eingeflochten sind, sind sie phantastisch und reichlich; bei sehr benommenen Kranken mit geringer retrograder Amnesie dagegen treten sie zuweilen nur in Form von ausweichenden Antworten, Ausreden und Augenblickskonfabulationen (Bonhoeffer) auf, denen eine starke subjektive Überzeugung nicht innewohnt. Dazwischen steht das Gros der Fälle, in denen insbesondere Erinnerungen, die an der Grenze des amnestischen Bezirks stehen (Bonhoeffer), zu echten Pseudoreminiszenzen verarbeitet werden; reicht

die Amnesie nicht allzuweit vor den Krankheitsbeginn zurück, so erzählen die Kranken also von den Dingen, die sie in der letzten Zeit der Gesundheit beschäftigt hatten. Das Konfabulieren ist im Beginn der Erkrankung am stärksten, um dann abzunehmen; es wechselt entsprechend der Merkschwäche natürlich häufig seinen Inhalt, jedoch kehren gelegentlich auch die gleichen Dinge (frühere Krankheiten z. B., Chotzen) immer wieder.

Regelmäßig werden falsche Angaben über die Zeit gemacht, ebenso wie die örtliche Desorientierung der Kranken eine selbstverständliche Folge ihrer Gedächtnisstörung und der Konfabulationen ist. Die bloße Merkschwäche an sich würde natürlich nur dazu führen, daß die Kranken richtige Antworten über Ort und Zeit nicht machen können, die Konfabulationen lassen sie mit meist großer Sicherheit falsche Daten behaupten. Sie sind hier bei Bekannten, haben soeben einen Besuch gemacht, dies und das besprochen; es ist Sonntag, weil gestern doch Markttag war etc. Charakteristisch ist, daß sich die Desorientiertheit auf die eigene Person nicht weiter bezieht, als sich aus der retrograden Amnesie von selbst ergibt. So glaubte ein 50jähriger Kranker Liepmanns noch Student zu sein. Immer fehlt den Patienten natürlich die Kenntnis ihrer gegenwärtigen körperlichen Leiden (Polyneuritis). Für den psychischen Defekt kann aber gelegentlich ein gewisses Gefühl bestehen.

Wie die meisten Konfabulationen sind auch die beim Korssakow zumeist stark suggestibel; insbesondere läßt sich durch geeignete Fragen fast immer ein Ausschmücken der Pseudoreminiszenzen mit vielen Details erzielen.

Presbyophrenie.

Bei der senilen Demenz und insbesondere bei der von Kraepelin als Presbyophrenie abgegrenzten Verlaufsform dieser Krankheit ist die Merkstörung (im Gegensatz zum Verhalten der Korssakowkranken) gewöhnlich noch größer, als man nach dem klinischen Verhalten der Patienten erwarten würde (Schneider). Die Auffassung leidet zwar auch hier Not, die Aufmerksamkeit ist herabgesetzt und der Wahrnehmungsvorgang verzögert; aber das alles tritt nach Gregors Untersuchungen hinter der starken Merkschwäche durchaus zurück. Die Lernfähigkeit der Kranken ist (auch da, wo sie aufmerken und auffassen) oft gleich Null und insbesondere der Umfang dessen, was sie im besten Falle behalten können, ist sehr klein. Kann ein Patient kleine Reihen noch behalten, so genügt oft die Vermehrung des Stoffes um ein einziges Glied, um ihn nun an der ganzen Aufgabe scheitern zu lassen. Eben dadurch wird ein höherer Grad von Auffassungsstörung häufig erst vorgetäuscht.

Die Erinnerungslücken werden auch hier durch Pseudoreminiszenzen ausgefüllt. Bei diesen Erfindungen tritt aber häufiger als beim Korssakow die Neigung zu halbwillkürlichen Ausflüchten und zu ausweichenden Antworten zutage, sowie bei experimenteller Prüfung die zur Verwendung klangverwandter und sinnentsprechender Worte an Stelle der vergessenen, zum Haften an einmal gemachten Fehlern und zum freien Hinzufügen eigener Worte. Außerdem wird zumeist eine mehr oder minder schwere Urteilsstörung deutlich, die die Kranken im Moment auftauchende Widersprüche nicht bemerken läßt.

Ein wesentlicher Unterschied dem Korssakow gegenüber besteht schließlich darin, daß sich bei der Presbyophrenie neben der Merkschwäche regelmäßig eine schwere Einbuße des Gedächtnisses i. e. S. findet, die fast immer bis zu den Kindheitserinnerungen zurückreicht. Dazu kommen das zumeist hohe Alter der Patienten (8. Jahrzehnt) und das Fehlen von Ursachen für den Korssakow, so daß die Differentialdiagnose selten Schwierigkeiten bereitet (vgl. auch den entsprechenden Abschnitt unter Demenz.

Dementia paralytica.

Bei der progressiven Paralyse tritt die Störung der Merkfähigkeit hinter denen der Auffassung, Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit zurück, und die Herrschaft über früher erworbene Erinnerungen geht hauptsächlich deshalb so früh verloren, weil die assoziativen Verbindungen verlegt oder zerstört sind, und weil die Urteilsschwäche die Patienten falsche Antworten nicht bemerken läßt.

Diese Feststellungen, die wir im wesentlichen experimentellen Beobachtungen der letzten Jahre verdanken, scheinen zunächst manchen alltäglichen klinischen Erfahrungen zuwiderzulaufen; bei näherem Zusehen sind aber gerade sie geeignet, scheinbare Widersprüche im klinischen Verhalten der Kranken aufzuklären.

So verfehlen Paralytiker bekanntlich schon frühzeitig solche Rechenaufgaben, deren Resultate nicht gedächtnismäßig fixiert sind, einfach, weil sie die zur Lösung nötigen Teilaufgaben nicht lange genug behalten können; prüft man dann aber ihre Merkfähigkeit in der üblichen Weise mit mehrstelligen Zahlen, so kann das Ergebnis unter Umständen sehr gut sein. Oder Kranke, die bei jeder experimentellen Prüfung völlig versagen, halten mit großer Zähigkeit an irgend einer Bemerkung des Arztes oder der Ehefrau fest, die sie einmal aufgefaßt hatten. Noch andere, die sich in ihrer Umgebung absolut nicht zurechtfinden und alle Voraussetzungen dazu immer wieder vergessen, behalten gelegentlich ein ganzes Erlebnis sehr lange. Diese und ähnliche Erfahrungen lassen Kraepelin daran denken, daß der Merkdefekt häufig überhaupt nur auf die traumhafte und verworrene Auffassung zurückgeführt werden müßte, und Nitsche meint geradezu, er würde zum guten Teil wenigstens durch das passive Verhalten der Aufmerksamkeit nur vorgetäuscht. Dazu würde die Angabe von Boldt stimmen, der bei expansiven Formen, also bei interessierten Kranken, sogar eine vorzügliche Merkfähigkeit festgestellt hat.

Immerhin kann an dem häufigen Vorkommen einer eigentlichen Merkschwäche, einer Unfähigkeit zum Behalten, doch nicht gezweifelt werden. Zum Überfluß haben Gregor und Ranschburg das noch experimentell sicher gestellt: schon der unmittelbar behaltene Gedächtnisumfang ist so gut wie niemals normal, nach 24 Stunden aber ist fast immer so viel vergessen worden, daß der Nachweis eines Restes von mehr als 50% mit einer Wahrscheinlichkeit von 19:1 gegen Paralyse spricht (Ranschburg). Differentialdiagnostisch wichtig ist dabei, daß insbesondere das Wortgedächtnis (vgl. S. 98) stark Not leidet: Ranschburg erhielt darin bei Paralytikern nur 0—55,7% Treffer, während Alkoholisten z. B. 46,3—75% erreichten. Bei der Unterscheidung

von wirklicher und alkoholistischer Pseudoparalyse kann das unter Umständen mit in Betracht kommen.

Wichtiger ist, daß die Merkschwäche bei Paralytikern insofern eine Sonderstellung einnimmt, als sie mit der Urteilsstörung zusammenhängt und auf dem Fehlen assoziativer Verknüpfungen beruht. Läßt man Paralytiker etwas lernen, so behalten sie, wie gesagt, unter Umständen gar nicht so schlecht, aber fast niemals gelingt es, dabei unterlaufende Fehler durch Wiederholungen des Lernstoffes zu korrigieren; maßgebend bleibt immer nur die letzte Lesung (Gregor). Das Neue wird gedanklich nicht verarbeitet, mit dem früher Gewußten nicht assoziiert, und deshalb kann es zu einem wirklichen, dauernden Erwerb nicht kommen. Da aber auch alte Verbindungen verlegt oder zerstört werden, so beschränkt sich die Störung nicht auf das Merken, sondern greift auf das Gedächtnis i. e. S. über. Selbst so geläufige Erinnerungen wie die Resultate des kleinen Einmaleins erweisen sich gelegentlich sogar bei gebildeten Paralytikern schon früh, zu einer Zeit jedenfalls, in der die Kranken draußen noch niemandem aufgefallen waren, in der ärztlichen Sprechstunde als defekt. Aber am nächsten Tage oder auch nur in der nächsten Stunde kann die Prüfung schon ganz anders ausfallen, vorausgesetzt, daß die Patienten frischer und aufmerksamer sind. Ähnliche Widersprüche ergeben sich, wenn man den Kranken ihre Lebensschicksale abfragt; die allerwichtigsten Daten wissen sie nicht, und wenn man auf der Antwort besteht, so antworten sie irgend etwas, was ihnen gerade einfällt; sie konfabulieren und merken nichts von der Unmöglichkeit ihrer Darstellung. Dann aber kramen sie Erinnerungen aus, die offenbar zutreffen und die uns doch viel weniger wichtig erscheinen als die, die ausgefallen sind. Und zwar tauchen diese Vorstellungen zumeist spontan im freien Gedankenspiel auf, während die Kranken die Erinnerungen, die der Augenblick verlangt, durch aktives Nachdenken[1]) zumeist nicht finden können. (R. Sommer.)

Die Erklärung für diese scheinbaren Widersprüche ist verhältnismäßig einfach. Sie liegt zum Teil wieder in dem schwankenden Verhalten der Aufmerksamkeit, zum Teil aber auch in dem allgemeinen Intelligenzdefekt, der Urteilsschwäche. Man kann bekanntlich von Paralytikern auf dieselbe Frage in 5 Minuten drei ganz heterogene Antworten erhalten, man kann diese Antworten — noch mehr als bei Korssakowkranken — auch suggestiv beeinflussen, und bei experimenteller Prüfung wird besonders deutlich, daß sie mit den Reizworten oft gar nichts zu tun haben. Der Paralytiker sagt eben irgend etwas, nur um zu antworten, oder wie Gregor es ausdrückt: „Es besteht gewissermaßen ein durch Leitmotive nicht gehemmter Abfluß der gerade im Bewußtsein vorhandenen Vorstellungen, also wesentlich eine Intelligenzstörung."

So betrifft die Gedächtnisstörung bei der Paralyse in erster Linie die Reproduktion, und insofern läßt sie sich in der Tat von der Urteilsstörung nicht so scharf trennen, wie es z. B. bei der Presbyophrenie der Fall ist. Noch

[1]) Die Selbstbeobachtung zeigt, daß auch beim Gesunden zwischen solchen „zufälligen" Einfällen und dem „Besinnen" ziemlich scharf unterschieden werden muß. Beim Suchen nach einer Vorstellung haben wir subjektiv das lebhafte Bewußtsein einer aktiven Tätigkeit. Erinnert sei an häufige Wendungen wie „das Wort schwebt auf der Zunge" u. dgl. Ja wir glauben sogar eine Vorstellung davon zu haben, daß eine schon der Schwelle des Bewußtseins nähere Erinnerung sich wieder weiter zurückzieht (Emminghaus).



deutlicher ist namentlich dem Korssakow gegenüber der Unterschied, wenn man Merkfähigkeit und Gedächtnis i. e. S. vergleicht. Korssakowkranke können, wie Freund zuerst gezeigt hat, die Erinnerung für ganze Jahrzehnte verloren haben, ohne daß die Reproduktion der noch verbliebenen ältesten Erinnerungen deshalb gestört zu sein brauchte; bei Paralytikern wird man selten einen so ausgedehnten und niemals einen so scharf abgegrenzten Defekt antreffen (vgl. auch hier den Abschnitt über Demenz).

Differentialdiagnose zwischen angeborenen und erworbenen Gedächtnismängeln.

Noch markanter als die Unterschiede zwischen den verschiedenen erworbenen organischen Hirnkrankheiten sind die Differenzen, durch die sich die angeborenen Schwachsinnszustände hinsichtlich der Gedächtnisstörungen von diesen Hirnprozessen unterscheiden.

Bei der Imbezillität beobachten wir zwei verschiedene Formen der Gedächtnisstörung, von denen die eine auf einer wirklichen, direkten und primären Merkstörung, die andere dagegen wieder auf der Urteilsschwäche beruht. Von mehr oder minder hochgradigen Merkstörungen wird der angeborene Schwachsinn häufig, aber keineswegs immer begleitet. Ihre Diagnose ist einfach; zu Verwechslungen mit den erworbenen Merkdefekten etwa der Paralytiker geben sie deshalb selten Anlaß, weil sie den Erwerb von Kenntnissen von vornherein ausgeschlossen oder doch eingeschränkt haben. Imbezille und paralytische Patienten sind somit — unter anderem — auch daran zu unterscheiden, daß diese aus früherer Zeit Kenntnisse besitzen, die sie nach Eintritt der Merkstörung nicht mehr hätten erwerben können, während jene durch den Mangel an tatsächlichem Wissen zeigen, daß ihr Gehirn niemals in normaler Weise aufnahmefähig gewesen ist. Um das festzustellen, leistet die Prüfung der bloßen Schulkenntnisse erfahrungsgemäß weniger als die Untersuchung des im praktischen Leben erworbenen Wissens. Wenn der Lernstoff der Schule nicht behalten worden war, so kann daran auch Unaufmerksamkeit, schlechter Unterricht oder unregelmäßiger Schulbesuch Schuld sein; für Mängel des Lebenswissens dagegen kommt außer einer wirklichen Merkstörung nur noch Interesselosigkeit und Stumpfheit in Frage. Beide Eventualitäten, die übrigens praktisch zumeist zusammentreffen, lassen sich bei experimenteller Prüfung leidlich auseinander halten; — ganz zuverlässig freilich ist das auch nicht, weil wir eben stumpfe Imbezille zum Aufpassen nicht zwingen können.

Die Merkstörung, die Störung des mechanischen Gedächtnisses, bildet aber, wie gesagt, überhaupt keine notwendige Voraussetzung für die Diagnose der Imbezillität. Wenn auch tiefstehende Idioten so gut wie gar nichts behalten, manche andere Schwachsinnige lernen vorzüglich auswendig, und gelegentlich hat sich sogar ein Gedächtniskünstler, ein Mensch, der ein Vielfaches von dem merken kann, was ein Normaler behält, als urteilsschwach erwiesen. Zwischen beiden Extremen kommen alle denkbaren Übergänge vor, und als gesetzmäßig hat sich nur die von Ranschburg konstatierte Tatsache herausgestellt, daß Imbezille bei der Reproduktion des Lernstoffes unmittelbar nach der Einprägung eine verhältnismäßig geringe Merkstörung, nach 24 Stunden dagegen einen starken Gedächtnisverlust aufweisen.

Der Grund für dieses Verhalten liegt klar zutage. Er deckt das eigentliche Wesen des angeborenen Schwachsinns auf und zeigt, daß für diese Krankheit nicht sowohl eine Störung des mechanischen Gedächtnisses, die vorhanden sein kann, aber nicht vorhanden zu sein braucht, als eine solche des logischen Gedächtnisses charakteristisch ist. Dieses logische Gedächtnis beruht, wie wir früher sahen, auf der gedanklichen Verarbeitung der Vorstellungen, auf den assoziativen Verbindungen, die zwischen ihnen hergestellt werden. Durch die mannigfachen Beziehungen, die die Ideen untereinander eingehen, wird jede einzelne schließlich so fest im Bewußtsein verankert, daß sie schwer ganz herausgelöst werden kann. Beim Gesunden führen zu jeder Vorstellung viele Assoziationswege und gestatten ihm, von jedem Ausgangspunkt aus zu seinen Kenntnissen zu gelangen. Kommt es zu dieser merkwürdigen Eigenschaft des logischen Gedächtnisses nicht, so bleibt schon die einfache Umkehrung geläufiger Reihen — Monate, Wochentage, Zahlen — unmöglich. Um so mehr hört jede höhere geistige Tätigkeit (und vollends jede Produktivität) auf, die eben auf diesen assoziativen Verknüpfungen beruht. Imbezille sind in viel höherem Grade als Gesunde an die Reihenfolge gebunden, in der ihnen ihre Erinnerungen ursprünglich eingeprägt worden waren. Ein gutes mechanisches Gedächtnis kann sie in den Stand setzen, ihren Defekt vorübergehend zu verdecken; er muß zutage treten, sobald irgend eine Gedankenverbindung von ihnen verlangt wird, die ihnen in dieser Folge von außen noch nicht geboten worden war.

Auch darin liegt ein Unterschied gegenüber dem Verhalten erworbener Schwachsinnsformen. Selbst tief verblödete Paralytiker überraschen uns, wie gesagt, gelegentlich durch Erinnerungsreste, die plötzlich — im freien Spiel der Vorstellungen, nicht durch aktives Nachdenken (R. Sommer) — bei ihnen auftreten. Dementsprechend zeigen sie sich bei experimenteller Prüfung, wie Goldstein fand, in der Verwertung früher erworbener Kenntnisse den Imbezillen auch dann noch überlegen, wenn ihre eigene Merkfähigkeitsstörung bereits hohe Grade erreicht hat.

Gedächtnismängel bei Psychopathen und bei funktionellen Psychosen.

Im übrigen liefert die Symptomatologie der Imbezillität nur die extremsten pathologischen Beispiele für ein solches Mißverhältnis zwischen logischem und mechanischem Gedächtnis. Beobachtet wird es auch sonst. Oben wurde schon von den Unterschieden gesprochen, die in dieser Hinsicht nicht nur Kinder und Erwachsene, sondern auch verschiedene Individualitäten aufweisen. Auch hier müssen die Grenzen des noch normalen Gebietes ziemlich weit gesteckt werden; aber die Erfahrung lehrt doch, daß sehr auffallende Leistungen des mechanischen Gedächtnisses (Hypermnesien)[1]) sich relativ oft mit Mängeln auf anderen psychischen Gebieten verbinden. Tritt sie nicht in der Verbindung mit Urteilsschwäche, sondern bei urteilskräftigen Menschen auf, so wird sie natürlich nur ausnahmsweise als pathologisch erkannt werden. Wohl aber

[1]) Den vorübergehenden Hypermnesien der älteren Literatur, in denen „vergessene Kenntnisse", ja selbst eine ganze früher beherrschte Sprache während einer Psychose (Chorea magna, Tobsucht, Lyssa humana, Gelbfieber) wieder aufgetaucht sein sollen (vgl. Taine, Ribot, Emminghaus), steht die moderne Forschung völlig skeptisch gegenüber.



kann diese Eigenschaft für den Besitzer subjektiv recht lästig werden, weil sie ihn zwingt, alles, auch das Gleichgültigste, zu behalten, und ihm die Übersicht über sein Wissen erschwert („Hereditarier-Gedächtnis"). Auch das Vergessen ist eben innerhalb gewisser Grenzen nützlich und notwendig.

Häufiger und erheblich störender ist die entgegengesetzte Störung, eine ausgesprochen pathologische Schwäche des mechanischen Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, bei urteilskräftigen Psychopathen. Zum Glück kommt das Symptom bei bloß nervösen Menschen nicht annähernd so häufig vor, als es von ihnen geklagt wird. Die Gedächtnisabnahme, von der geborene Psychopathen, nervös Erschöpfte, Kriegsverletzte und Unfallspatienten sprechen, beruht meistens auf hypochondrischer Selbsttäuschung oder aber auf einer Schwäche der Aufmerksamkeit, der geistigen Frische. Objektiv läßt sich nur eine leichte Ermüdbarkeit des öfteren nachweisen, die dann natürlich dem Lernen wie jeder geistigen Arbeit überhaupt bald ein Ziel setzt. Daraus erklären sich wohl in der Hauptsache die Resultate von Ranschburg, der bei manchen Nervösen eine Abnahme des Gedächtnisumfanges und außerdem eine Verlangsamung der Reproduktion festgestellt hat. Die schlechtesten Leistungen fand er überdies nur bei Kranken, die entweder unter der dauernden Einwirkung von Schlafmitteln standen oder aber sichere Zeichen beginnender Arteriosklerose aufwiesen. Beide Beobachtungen bestätigen geläufige klinische Erfahrungen: man sieht heute ziemlich oft Patienten, die durch chronischen Veronalmißbrauch etwa ihre Merkfähigkeit vorübergehend schwer geschädigt haben, und die Gedächtnisstörungen der Hirnatherosklerose verhalten sich ganz ähnlich wie die der senilen Demenz. Dazu kommt bei neuropathischen und neurasthenischen Menschen noch die Möglichkeit einer Bromvergiftung, obwohl die weitverbreitete Furcht vor der Gedächtnisstörung, die auf diese Medikation folgen soll, die tatsächlichen Verhältnisse entschieden zu schwarz beurteilt. Bei Unfallspatienten endlich, die über Merkfähigkeitsstörungen klagen, ist differentialdiagnostisch auch an eine organische Entstehung, an die Entwicklung eines Korssakowschen Syndroms infolge einer Commotio cerebri, zu denken.

Auch für die Gedächtnismängel, die bei funktionellen Psychosen gelegentlich beobachtet werden, gilt das, was eben für die psychopathischen Zustände, insbesondere für die Neurasthenie, gesagt wurde: sie beruhen viel seltener auf einer wirklichen Merkstörung als auf Anomalien der Aufmerksamkeit, der Auffassung, des Bewußtseinszustandes oder aber des Affektlebens. Die Herabsetzung der Merkleistungen z. B., die Wolfskehl bei manischen Kranken gefunden hat, muß wohl einfach auf die erhöhte Ablenkbarkeit dieser Kranken zurückgeführt werden. Sehr charakteristisch ist in dieser Hinsicht eine Differenz zwischen Wolfskehls Resultaten und denen von Ranschburg, der bei derselben Psychose sogar eine Zunahme der Einprägungsfähigkeit konstatiert hat. Dieser Autor hatte sinngemäße Wortverbindungen merken lassen und damit die Aufmerksamkeit der Kranken vermutlich mehr gefesselt als Wolfskehl, der mit sinnlosen Reihen gearbeitet hatte. Die doch nicht selten auch qualitativ guten Produktionen leicht manischer (periodischer) Menschen könnten ja schließlich lediglich auf dem erleichterten Zufluß früherer Erinnerungen beruhen; einzelne Beobachtungen dieser Art zeigen aber mit Sicherheit, daß eine Merkfähigkeitsstörung ein regelmäßiges Symptom der Krankheit jedenfalls nicht darstellt. In der Klinik pflegen Maniaci nach wenigen Tagen nicht

bloß die Namen aller Mitpatienten, Ärzte usf.. sondern auch ihre Familienverhältnisse, ihr Alter, ihre Herkunft u. dgl. zu kennen. — An den älteren Erinnerungen rühmen intelligente Maniaci übrigens nicht selten neben ihrer Reichhaltigkeit auch die besondere Lebhaftigkeit und Plastik. Objektiv nachprüfen lassen sich solche Angaben natürlich nicht, ebensowenig wie die entgegengesetzte Klage gehemmter Kranker, daß sie sich gar nichts mehr lebhaft und deutlich vorstellen könnten.

Schizophrenie.

Ähnlich wie die bei der Manie beobachteten werden die angeblichen Merkstörungen beurteilt werden müssen, über die gelegentlich bei der Dementia praecox berichtet worden ist. Wieder ist hier häufig die Auffassung gestört (A. Busch), allerdings zumeist einfach durch bloße Unaufmerksamkeit und Interesselosigkeit, zuweilen aber beruht ein scheinbarer Gedächtnisdefekt auf ganz andersartigen Symptomen, die die Reproduktion sperren oder sonst beeinträchtigen (Danebenreden usf.). Eine isolierte, primäre Merkstörung dagegen kommt wohl nicht vor, eher gehen in den Endzuständen früher erworbene Erinnerungen durch Nichtgebrauch verloren.

Gedächtnisdefekte bei Epileptikern.

Bekanntlich führt die Epilepsie zu mehr oder minder schweren Intelligenzdefekten, unter denen eine Gedächtnisstörung im Vordergrunde zu stehen pflegt. Die Entstehung dieser Gedächtnismängel ist ziemlich kompliziert. Zum Teil beruhen sie auf einer Verlangsamung der Auffassung, zum andern auf einem wirklichen Ausfall an früher erworbenen Vorstellungen, der die zunehmende Einengung des Interessenkreises ebenso erklärt wie die Verarmung des Wortschatzes. Endlich aber zeigen schwere Epileptiker gewöhnlich auch eine Anomalie der Reproduktion; sie sind schwer besinnlich und umständlich, haften an den gebrauchten Wortverbindungen und füllen die Lücken ihres Gedächtnisses durch Fabulationen aus. Insbesondere die Vermengung tatsächlicher Erinnerungen mit traumhaften Reminiszenzen ist, und zwar nicht bloß im Anschluß an ausgesprochene Dämmerzustände, recht häufig. Die eigentliche Merkfähigkeitsstörung, deren Vorhandensein an sich nicht zweifelhaft ist, fand Boldt bei experimenteller Prüfung nicht so schwer, wie nach dem klinischen Verhalten der Kranken, die zuweilen nicht einmal den Namen ihres Arztes behalten können, erwartet werden mußte (vgl. das Kapitel Demenz).

Amnesien nach Affekten und Bewußtseinstrübungen.

Daß die totale Aufhebung des Bewußtseins, die Abwesenheit jedes psychischen Geschehens, wie wir sie z. B. für die Zeit eines epileptischen Krampfes annehmen dürfen, eine komplette Erinnerungslosigkeit für die Dauer ihres Bestehens hinterläßt, wurde oben schon als selbstverständlich bezeichnet. Schwerer sind die häufigen Fälle zu erklären, in denen das Kommen und Gehen psychischer Vorgänge aus dem Verhalten der Kranken während einer Bewußtseinsstörung unzweideutig hervorgeht und nachher doch nichts von diesen

Vorgängen erinnert wird. Entsprechende Beobachtungen werden häufig bei der Epilepsie, seltener bei der Hysterie und nach einer Hypnose, ferner nach deliranten und Verworrenheitszuständen und endlich nach schweren Affekten, also kurz nach allen Bewußtseinstrübungen gemacht, die überhaupt vorkommen. Auch der gewöhnliche Rausch hebt bekanntlich die Erinnerung für die Zeit der Trunkenheit mehr oder minder vollständig auf. Auf normal-psychologischem Gebiete bilden endlich die Träume ein klares Beispiel für das Vorkommen psychischer Erlebnisse, die keine oder sehr unvollkommene Erinnerungen zurücklassen.

Für das Verständnis der pathologischen Erscheinungen ist diese Analogie zu einem normalen Bewußtseinszustand deshalb wichtig, weil die Erinnerung an unsere Träume sich nach nahezu allen Richtungen ähnlich verhält wie die kranker Menschen an eine Phase getrübten Bewußtseins. Die meisten Träume vergessen wir ganz; wir glauben dann, überhaupt nicht geträumt zu haben. Andere haften verhältnismäßig deutlich in unserem Bewußtsein, aber doch niemals so gut, daß wir jede Einzelheit mit Sicherheit angeben könnten. Dazwischen stehen viele, an die wir uns sehr summarisch, „traumhaft" erinnern; wir haben den Eindruck eines ängstlichen oder heiteren Erlebnisses zurückbehalten, oder wir wissen, daß wir mit diesem oder jenem gesprochen haben, aber wie sich die Dinge abgespielt haben, das will uns nicht einfallen. Noch eigentümlicher ist die Leichtigkeit, mit der solche Traumerinnerungen verschwinden; wir denken beim Aufwachen an einen Traum und wollen ihn uns merken, ihn einem anderen erzählen, und während wir an ihn denken, verflüchtigt sich die Erinnerung gewissermaßen unter unseren Händen zu nichts. Oder: wir vergessen einen Traum, sofort oder erst später, und nun begegnen wir einem Menschen oder einem Gegenstand, der in ihm eine Rolle gespielt hat, und jetzt taucht die Erinnerung wieder auf. Das ist der gleiche Mechanismus, mit dessen Hilfe die Juristen seit langem das Gedächtnis ihrer Zeugen zu schärfen versuchen: sie nehmen den „Augenschein" am Tatort auf und rufen so einzelne (optische) Erinnerungen wach; diese ziehen die anderen nach sich, und so kann schließlich eine ganze Vorstellungsreihe über die Schwelle des Bewußtseins gebracht werden, die schon verloren gegangen zu sein schien.

Alles das kommt nach pathologischen Bewußtseinstrübungen auch vor. Es ist nicht richtig, daß jeder epileptische Dämmerzustand eine komplette Erinnerungslosigkeit hinterlassen müßte. Es *kann* so sein, und in der Tat sind scharf umgrenzte Erinnerungslücken die besten Kennzeichen epileptischer Bewußtseinstrübungen; aber nicht ganz selten bleiben nach solchen Zuständen auch nur „traumhafte" Reminiszenzen zurück, Bruchstücke der Erinnerung, die wenig Zusammenhang geben. Oder die Erinnerung ist zunächst — nach einer Brandstiftung, einem Sittlichkeitsverbrechen, das im epileptischen Dämmerzustand begangen worden ist, z. B. noch während des ersten Verhörs — vorhanden und taucht erst nachher endgültig unter. Und endlich kann auch hier jedes Gedächtnis beim Versuch einer aktiven Reproduktion zu fehlen scheinen und sich auf assoziativem Wege in Form spontaner Einfälle oder durch Hilfen etwa, die man dem Kranken gibt, bis zu einem gewissen Grade doch wieder herstellen. Ein Parallelismus zwischen Tiefe der Bewußtseinstrübung und Vollständigkeit der Amnesie besteht wohl im großen und ganzen, doch keineswegs für jeden einzelnen Fall. Insbesondere können Epileptiker die Erinnerung auch an solche

Episoden verlieren, die in ihrer übrigen Symptomatologie von Zuständen traumhafter Benommenheit sehr weit abweichen. Auf der anderen Seite überraschen Hysterische zuweilen durch Erinnerungen an Phasen ihrer Krankheit, in denen sie tief verwirrt erschienen waren. (Bei der Hypnose hängt die Amnesie im wesentlichen von der Art der darüber gegebenen Suggestionen ab.)

Aller Wahrscheinlichkeit nach beruhen diese Unterschiede darauf, daß diese Amnesien genetisch nicht gleichwertig sind. Es läge ja nahe, grundsätzlich eine Auffassungsstörung während des kranken Bewußtseinszustandes für sie verantwortlich zu machen. Eine Beobachtung Heilbronners, nach der bei Epileptikern Merkfähigkeitsprüfungen stundenlang mit Erfolg angestellt werden können, und nachher für eben diese Stunden doch Amnesie besteht, schließt jedoch diese Anschauung als allgemein gültige Erklärung aus. Für manche Fälle (z. B. delirante Episoden, Affektamnesien) besteht sie aber natürlich zu Recht, und so werden wir zum mindesten zwei Entstehungsmöglichkeiten der Amnesie anerkennen müssen: die aus einer Auffassungs- und die aus einer wirklichen Merkstörung. Dazu tritt aber bei Epileptikern — wie oben erwähnt wurde — endlich drittens häufig noch eine Störung der Reproduktion, die uns über die Tiefe eines Merkdefektes leicht täuschen kann, während bei Hysterischen (Poriomanen, pathologischen Schwindlern etc.) scheinbare Amnesien gewöhnlich als nachträgliche Verdrängungserscheinungen aufgefaßt werden müssen. Darauf beruht ihre Inkonsequenz; derselbe Pseudologist weiß heute nichts von seinen Hochstapeleien, um sie morgen zu verteidigen oder wieder aufzunehmen; und fast niemals wird das „Aufwachen" aus einer solchen hysterischen Bewußtseinstrübung als das erschütternde seelische Erlebnis empfunden, das die Entdeckung einer länger dauernden echten Amnesie naturgemäß für jeden Gesunden bedeuten müßte und für die meisten Epileptiker tatsächlich bedeutet.

Qualitative Gedächtnisstörungen. Erinnerungsfälschungen. Pseudoreminiszenzen. Konfabulationen.

Ein großer Teil der qualitativen Erinnerungsmängel wird bei Gesunden so häufig beobachtet, daß er schon in der Einleitung zu diesem Abschnitte abgehandelt werden konnte. Dabei war auch bereits von den Erinnerungsfälschungen die Rede, die beinahe jeder Merkstörung folgen. Delirante, Korsakowkranke, Senile und Paralytiker füllen die Lücken ihrer Erinnerung durch freie Zutaten aus; manche erzählen nach wochenlangem Aufenthalt in der Klinik, daß sie am Morgen auf dem Felde gearbeitet hätten, mittags mit dem Zuge in die Stadt gefahren wären usf. Ist auch das Urteil stärker beeinträchtigt, so erhalten diese Konfabulationen einen phantastischen, abenteuerlichen Charakter, dem die Eigenliebe häufig noch deutliche Züge der Selbstüberschätzung hinzufügt.

Durch die Kombination von Gedächtnisstörung und Urteilsschwäche mit einer euphorischen Stimmungslage scheint (bei der Paralyse und manchen paranoiden Formen der Schizophrenie) die Entstehung grotesker Größenideen vorbereitet zu werden. Der Kaiser ist dagewesen und hat den Kranken mit seiner Tochter verlobt, Gottvater hat ihn neben sich auf den Thron gesetzt usf. Wir begegnen aber bei der Dementia phan-

tastica ähnlichen Wahnbildungen, ohne daß sich ein entsprechender Gedächtnisausfall nachweisen ließe. Das gilt erst recht für die Erinnerungsfälschungen bei manchen Paraphrenien und bei der chronischen Paranoia, bei denen überhaupt kein eigentlicher Intelligenzdefekt, also weder Merk- noch Urteilsschwäche vorliegen und bei denen es trotzdem sogar zu echten „Halluzinationen der Erinnerung" (Sully) kommt, die sich zu den Erinnerungsfälschungen verhalten wie auf dem Gebiete der Sinnestäuschungen die Halluzinationen zu den Illusionen. Bei der Dementia praecox (und bei manchen Paraphrenien) ist besonders auch jene Art von Erinnerungsfälschungen häufig, die früher zur Aufstellung einer sog. originären Paranoia Anlaß gegeben hat. Die Kranken verlegen ihre pathologischen Erlebnisse bis in ihre früheste Kindheit, wollen immer schon von ihren „angeblichen" Eltern schlecht behandelt, von anderen Menschen als etwas Besonderes angesehen, von einem Prinzen, dem eigentlichen Vater, ausgezeichnet worden sein usf. Ein Hebephrener, der jetzt hyopchondrische Sensationen am Magen hat und Stimmen hört, will beides erlebt haben, solange er denken kann.

Beispiel für Konfabulationen im Delirium tremens.

„Gestern sind wir im Luftschiff gefahren; das sind die Eisenbahnlouren, die halten an der Schifferbastion. Das Ding hält auch bei mir Karlsstraße 36 an. Ich wäre gar nicht mitgefahren, wenn ich nicht gestern abend unvorsichtigerweise mitgenommen wäre. Die Luftbahn kommt vom Rheinland über Dänemark nach Rostock her. Sie kommt gewöhnlich abends, bald geht sie sehr hoch, bald liegt sie sehr tief im Wasser. Ob das Schiff schräg oder gerade liegt, die Wagen hängen immer gerade. Das ist kein Luftschiff, das ist ein Luftfahrzeug, wie ein Dampfer so groß, und die Eisenbahnwagen hängen unten an. Das sind alles einzelne Kabinen, da kann man keinen Menschen sehen. Meine Sachen sind in drei Kabinen gefahren. Meine ganze Wohnung mit Mauern und Fenstern war da hineingestellt. Das wird immer wieder hingefahren. Heute morgen 5 Uhr 50 sollte er wieder weg. Das wird einfach so weggenommen und in das Schiff gestellt."

Konfabulationen bei Korssakow (Alkohol).

Will heute morgen gekommen sein, hat erst noch sein Feld bestellt, dann ist er mit dem Wagen gefahren, hat mit dem Wirt in E. einen Schnaps getrunken, dann in der Stadt ein paar Schweine gekauft, die bei Herrn Z. eingestellt seien, jetzt sei er hierhergekommen, um mit dem Schützenwirt zu reden, der ihn neulich beim Weinhandel betrogen habe. Der Wirt sei auch dagewesen, aber eben fortgegangen. Der Arzt sei der Steueraufseher, den kennt er gut, der wolle wohl hier einen Frühschoppen machen.

Konfabulationen bei Presbyophrenie.

Klinische Vorstellung im Juli: Heute sei Kaisers Geburtstag. Januar, die Bäume werden aber nächstens grün werden. Patientin sei heute morgen zu ihren Verwandten hierher — nach Güstrow — gekommen, habe mit denen Kaffee getrunken und über „alles Mögliche" gesprochen, jetzt sei sie hierher-



gekommen, um ihre Eltern zu besuchen, die hier wohnten. Die Mutter sei 65 Jahre alt (Pat. selbst ist 82 Jahre) und könne nicht mehr so gut laufen. Sie, die Pat. selbst, sei gefallen, und könne nicht so gut gehen, deshalb habe sie einen Wagen benutzt und ihr Dienstmädchen mitgenommen (zeigt auf die Wärterinnen); das sei die Anna und das die Hedwig, die frechen Dinger hielten sie fest und hätten sie jetzt hier in den Saal geschleppt, der wohl ein Tanzsaal sei, und in dem die Mädchen wohl tanzen wollten.

Konfabulationen bei seniler Verwirrtheit.

Pat. behauptet, schon einmal seziert und begraben worden zu sein. Sie sei zur Beerdigung des alten versoffenen Totengräbers G. gegangen, dazu müsse sie einen falschen Rock angezogen haben, denn auf einmal habe sie ihre Schlüssel nicht mehr gehabt. So habe sie aus der Leichenkammer nicht herausgekonnt und sich schließlich vor Müdigkeit hingelegt. Da sei der Prof. P. gekommen und habe sie seziert, ihr Stück für Stück aus dem Leibe geschnitten. Schließlich habe man sie dann wieder zugenäht und in den Sarg gelegt. Darin habe sie acht Tage gelegen, und nun seien die Leute gekommen, hätten sie wieder herausgerissen und hierher gebracht.

Konfabulationen bei arteriosklerotischer Verwirrtheit.

Pat. behauptet, ihm seien 800 Mark gestohlen worden, sucht erregt in seinem Bett danach, auch seine Sachen seien ihm weggenommen worden, und man habe ihm einen Stich in die Brust gegeben.

(Einige Stunden später.) „Sie können meine Frau jetzt nicht sprechen, die zieht sich gerade um, zu einem Frühkonzert beim Bürgermeister.“ Er sei hier im Hotel zum Löwen in München, habe soeben mehrere Depeschen vom König von Sachsen erhalten, der ihn zusammen mit Direktor L. zur Jagd einlüde; er müsse seine Sachen, sein Geld, seine Uhr, ein Kursbuch haben.

Konfabulationen bei Paralyse.

1. W., 46 Jahre, Landsturmmann. (Hat in letzter Zeit viel Schulden gemacht, ist fahnenflüchtig geworden.)

Es sei nicht wahr, daß er sich von der Truppe entfernt habe, er sei doch erst vorgestern vor der Schwadron zum Major befördert worden. In voriger Woche habe er mit Majestät gesprochen, in der Maxklinik. Der Kaiser habe ihn noch gut gekannt, weil er doch in der Maikäferkaserne neben dem Schlosse gedient habe. Vergangene Woche habe er die Probe mit dem Unterseeboot gemacht, das er erfunden habe; er sei mit dem Auto nach Hamburg gefahren, dann weiter mit Luftballon, dann mit Flugzeug und schließlich mit dem Unterseeboot. Dort stehe er auf der Kommandobrücke und passe auf Fernrohr und Telephon auf. Ein Blick von ihm genüge, um alles zu sehen und zu leiten. Er habe sehr viel Kriegsanleihe gezeichnet, über eine Million, bekomme aus Amerika noch viel mehr.

2. Weibl. Pat. erzählt: sie habe im Garten gelegen, da seien 10 Engel gekommen, die nun in der Stube seien, sie, die Pat. füttere die Engel mit Brot, die

Engel seien grau, „jetzt laufen sie im Hof". Sie werde am Montag heiraten, sei schon beim Pastor gewesen, habe einmal einen Kaffee gemacht, für alle Leute aus 3 Dörfern, habe jedem 18 Mark gegeben, ein Blumenfest veranstaltet, Sachen unter die Leute verteilt. Sie sei beim Kaiser gewesen und habe neben ihm an der Tafel gesessen. Sie sei mit einem schönen Mann verlobt, der 3000 Taler besäße, sei mit ihm in einer Equipage mit 4 Schimmeln in die Kirche gefahren.

Konfabulationen bei Dementia phantastica.

In Sorau habe sie hinter dem Zaun im Garten einen Mann mit roter Weste und Hemdsärmeln gesehen, das sei Petrus gewesen, der habe ihr gesagt, daß er ihr Urgroßvater von der ersten Mutter her sei, und daß sie Anspruch auf den Titel Fürstin von Schlesien und von Dänemark habe. Der liebe Gott habe ihr einen weißen Hund und ein kleines weißes Kreuz am Himmel gezeigt, sie selbst sei in einen Franziskanermantel eingehüllt worden. Am Mond habe sie goldene Gewichte gesehen; im Auge einen Wurm gehabt, der von dort in die Nase ging. Jetzt sei er wieder heraus. Auch zwei kleine Mäuse seien nun in ihrer Nase herumgelaufen. In Freiburg habe sie Knochenerweichung an der Nase gehabt, da habe sie sich an die Brust ihres Vaters, das sei der Apostel Paulus, gelegt, und dadurch sei sie wieder gesund geworden.

Nach der Geburt ihres Kindes habe die Hebamme sie darauf aufmerksam gemacht, daß sie auf dem Leib ein weißes Kreuz habe, das sei das Zeichen, daß ihre Mutter ein Mann, der Kardinal sei, dem sie aus dem Leibe herausgeschnitten sei. — Sie habe neben der Sonne den Himmel offen gesehen. Rechts von der Sonne waren Schattenbäume, neben jedem stand ein schwarzer Mann. Aus der Erde sei ein Mann wie ein Schatten herausgekommen. Auf Suggestivfragen: hat zu Christi Zeiten schon gelebt, war im Himmel, in der Hölle, auf dem Mond etc.

Konfabulationen bei Schizophrenie. (Paranoide Form.)

Pat. sei mit brennender Masse gefüllt worden. 3 „Schnuren" seien von oben gekommen, wie Bindfaden, ganz heiß, im feurigen Zustande, die seien in sein Herz hineingegangen. Nachher hätten sie mit den Schnäbeln gegeneinander gemacht und sich gezankt, gerade wie die Menschen. Etwas gebrannt habe es, nachher habe er sehr geschwitzt. Der Vater im Himmel habe gesagt, er solle sehen, wie er mit der Sache durchkomme.

Beziehungen der Konfabulationen zur Affektivität.

Schon in der normalen Psychologie werden, wie wir sahen, Erinnerungsfälschungen bei weitem am häufigsten durch die Affektivität bedingt. Man kann gelegentlich, z. B. beim wissenschaftlichen Arbeiten, Verschiebungen der Erinnerung auch da feststellen, wo ein Interesse oder gar ein stärkerer Affekt sie nicht verlangt hätte, als Ursache also nur eine Erinnerungslücke in Betracht kommt. Aber das sind zweifellos Ausnahmen, im allgemeinen lassen sich Pseudoreminiszenzen des Gesunden fast immer auf affektive Einflüsse zurückführen. Auch sehr nüchterne Menschen müssen sich gelegentlich eingestehen, daß sie manche Dinge nicht so erinnerten, wie sie gewesen sind, sondern wie sie sie gern erlebt hätten. Stärker tritt diese Abhängigkeit des Gedächtnisses

bei Nervösen zutage, deren Stimmungen unter Umständen schnell wechseln, und die deshalb die Erinnerungen an frühere Erlebnisse bald im günstigen, bald im pessimistischen Sinne verfälschen. Es gibt bekanntlich Menschen, die ziemlich regelmäßig mit depressiven Auffassungen aufwachen und mit einer freundlichen Erinnerung an die Vergangenheit zu Bett gehen.

Periodisches Irresein.

Fälle dieser Art stehen an der Grenze zwischen normaler und pathologischer Periodizität, und die Schwankungen ihres Gedächtnisses unterscheiden sich nur noch dem Grade nach von den oft wahnhaften Erinnerungsfälschungen der Zirkulären. Jeder Maniakus erinnert sich an frühere Geschehnisse — z. B. an überstandene Krankheitsperioden — anders als im normalen oder depressiven Zustande, und beim Zustandekommen melancholischer Wahnideen spielen Erinnerungsfälschungen erst recht eine entscheidende Rolle. Die traurige Stimmung und die Angst lassen den Kranken sein ganzes früheres Leben in einer düsteren Beleuchtung sehen, für ihn günstige Vorstellungen tauchen nicht auf oder werden schnell verdrängt, die ungünstigen beherrschen den Gedankengang, und indifferente werden im Sinne der Stimmung umgestaltet. Aus harmlosen Dingen werden schwere Verfehlungen, kleine Vergehen, die jeder begangen hat, erscheinen dem Patienten als unverzeihliche Sünden; in ein anerkennendes Wort eines Vorgesetzten wird noch nachträglich ein tadelnder oder ironischer Sinn hineingelegt usf.

Paranoische Erkrankungen.

Es ist sehr charakteristisch, daß sich in solche melancholische Erinnerungsfälschungen nicht ganz selten (z. B. im Klimakterium) auch paranoische Auffassungen mischen. Das Benehmen anderer Menschen, mit denen der Kranke bis dahin harmlos verkehrt hat, wird jetzt als absichtlich unfreundlich, wenn auch vielleicht als berechtigte Reaktion auf die eigene Schlechtigkeit erinnert. Solche Fälle, die gelegentlich im weiteren Verlauf die melancholische Färbung ganz abstreifen, können uns klar machen, daß paranoische und melancholische Wahnbildungen im Prinzip auf die gleiche Weise zustande kommen. Gewiß ist das Mißtrauen an sich, wie Bleuler[1]) überzeugend nachgewiesen hat, kein Affekt, aber es entsteht doch recht häufig aus bestimmten (z. B. ängstlichen) Stimmungen oder aber aus dem Zusammentreffen eines starken Selbstbewußtseins mit gefühlsmäßiger Unsicherheit. Der ganze Mechanismus ist weniger durchsichtig als bei der Melancholie, weil affektive und intellektuelle Vorgänge verwickelter ineinandergreifen, aber eine Mitwirkung der Gefühle läßt sich selbst bei den gewöhnlich in vollkommenster Besonnenheit vorgetragenen Erinnerungsfälschungen des Querulantenwahns nachweisen. Specht hat bekanntlich zum Teil deshalb (vgl. S. 170) diese Form in das manisch-depressive Irresein mit einbeziehen wollen, und daran ist das gewiß richtig, daß bei nicht ganz wenigen Querulanten nicht bloß (häufig) manisch-exaltierte, sondern auch (seltener) depressive Verstimmungen zu gewissen Erinnerungsfälschungen führen. Aber auch bei den Fällen von

[1]) Affektivität, Suggestibilität, Paranoia.



chronischer Paranoia, bei denen weder von solchen Schwankungen noch von irgendwelcher Periodizität überhaupt die Rede sein kann, ist ein affektiver Grund der in die Vergangenheit projizierten Wahnbildungen stets aufzufinden; er macht eben das aus, was wir als paranoides Temperament bezeichnen.

Die Einsicht in diese Zusammenhänge hat die Schranken niederreißen lassen, die die chronische Paranoia bis vor kurzem von sämtlichen übrigen Psychosen, einschließlich aller funktionellen, zu trennen schien. Heute wissen wir, daß diese Geisteskrankheit Beziehungen nicht bloß zum manisch-depressiven Irresein, sondern auch zu manchen heilbaren Haftpsychosen — und durch diese sogar zur Hysterie — besitzt. Daß paranoische Auffassungen vorübergehend bei Psychopathen auftreten können, war ziemlich lange bekannt, und wenn man sie von der eigentlichen Paranoia früher grundsätzlich trennen wollte, so lag der Grund zum guten Teil darin, daß bei ihnen eine affektive Entstehung unverkennbar vorlag, die bei der Paranoia der Definition nach unmöglich sein sollte. Die Annahme der prinzipiellen Unheilbarkeit und der chronisch-fortschreitenden Entwicklung der Paranoia war nur die logische Folge dieser Trennung, weil die Fälle, in denen diese Annahme nicht zutraf, ihre Besserung nachweislich einer zumeist aus inneren Gründen erfolgenden Wiederherstellung ihres gemütlichen Gleichgewichts verdankten. In Wirklichkeit sind aber die Beobachtungen, in denen es sich lediglich um paranoische Episoden bei abnorm veranlagten Individuen handelt, sogar häufiger (Bonhoeffer) als die eines unheilbaren, fortschreitenden Querulantenwahns etwa. Wir werden sie bei Erörterung der überwertigen und Wahnideen (vgl. S. 163 und S. 173) näher kennen lernen und dabei sehen, wie unter der Herrschaft eines bestimmten Affekts zahlreiche positive und negative Erinnerungsfälschungen gebildet und nach Abklingen der Gefühlsstörung zumeist restlos berichtigt werden.

Pseudologia phantastica.

Derartige Erkrankungen gehen nun ohne scharfe Grenze in andere über, die man charakteristischerweise früher bald als originäre Paranoia bald als Pseudologia phantastica bezeichnet hat. Auch von ihnen wird später (bei den Psychosen der Untersuchungsgefangenen bzw. den wahnhaften Einbildungen der Degenerierten) ausführlich die Rede sein. Hier sei nur die prinzipielle Erörterung darüber vorweggenommen, wieso diese Psychosen zu zwei scheinbar ganz heterogenen Krankheiten wie zur Paranoia und zur Hysterie Beziehungen besitzen können; denn die Pseudologia phantastica ist eine besondere Äußerungsform des hysterischen Charakters (vgl. dort). Kurz gesagt liegt der Grund darin, daß die Erinnerungsfälschungen der betr. Patienten sowohl in ihrem Inhalt wie in ihrem Realitätswert zwischen den fixierten Verfolgungsideen der Paranoia und den spielerisch vorgetragenen Größenideen mancher Fälle von Hysterie etwa die Mitte halten. Das Wesentliche in ihnen ist die „Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins" (Bonhoeffer), die dem Kranken erlaubt, sich in irgendwelche vorgestellte Rollen (hohe Abstammung, Begnadigung, unschuldige Verurteilung) so lebhaft hineinzudenken, daß seine subjektive Überzeugung davon schließlich fast die unerschütterliche Festigkeit der Wahnideen annehmen kann. Ist das einmal sehr ausgesprochen der Fall, so können die Kranken für echte Paranoiker gehalten werden; ist der Realitäts-

wert der Größenvorstellungen verhältnismäßig gering, und wird die Lust am Fabulieren besonders groß, so stehen sie der Hysterie bzw. der Pseudologia phantastica nahe.

Pseudologisten aber endlich — und damit schließt sich der Kreis — bleiben dem gesunden Bewußtsein beinahe immer verständlich; sie verhalten sich in gewisser Hinsicht wie Kinder, die, wie wir sahen, Wirkliches und Gedachtes nicht streng auseinander halten können, und bei denen deshalb Phantasievorstellungen, Wachträume von hoher Abstammung, Untergeschobensein etc. gelegentlich die Erinnerung an den wirklichen Lebensgang verdrängen (vgl. das autistische Denken Bleulers S. 179). Spätestens im Pubertätsalter pflegt der Gesunde mit diesen „Kindereien" fertig zu werden. Immerhin bleibt auch dann meist noch einiges übrig: Konflikte mit Vorgesetzten etc. werden nachträglich in der Erinnerung umgestaltet, die eigene Rolle dabei wird allmählich vorteilhafter, ein „Treppenwitz" wird als wirklich gegebene Antwort erinnert usf. Das alles ist noch normal; den Übergang zur pathologischen Lüge liefern erst die beliebten Erzähler, denen mehr an der Pointe als an der Wahrheitstreue ihrer Geschichte gelegen ist, und die schließlich anfangen, ihre eigene Darstellung mit allen Zutaten und Veränderungen selbst zu glauben. Die Gefahr dazu ist bekanntlich dann besonders groß, wenn solche Varianten der Eigenliebe des Erzählers zugute kommen, — man denke an die typischen literarischen Vertreter dieser Gruppe: Immermanns Münchhausen und Daudets Tartarin.

Aber auch bei wirklich kranken Pseudologisten schließt der Nachweis von Erinnerungsfälschungen das Vorkommen eigentlicher Lügen nicht aus; eine bewußte Entstellung der Wahrheit, ein absichtliches Schwindeln bildet im Gegenteil auch bei ihnen häufig den ersten Anstoß zu den Pseudoreminiszenzen, indem der Kranke nachträglich seinen eigenen Erfindungen zum Opfer fällt. Eine Grenze läßt sich darin weder im allgemeinen noch in konkreten Fällen ziehen; fließende Übergänge zwischen Willkür und Unabsichtlichkeit sind hier ebenso häufig wie bei der Entstehung der hysterischen Anfälle, wie Delbrück richtig hervorgehoben hat; Fälle, „in denen man von einer bewußten Absicht des Kranken fest überzeugt ist," und die, in denen „von einer solchen gar nicht die Rede sein kann," sind hier wiedort durch alle denkbaren Zwischenstufen miteinander verbunden. Die Analogie ist gewiß nicht zufällig, denn das Überwuchern der Phantasietätigkeit bei den Pseudologisten trifft, wie gesagt, fast regelmäßig mit anderen als hysterisch aufgefaßten Zügen zusammen, und umgekehrt: auch bei im übrigen ganz anders gearteten Fällen von Hysterie pflegt das Gedächtnis nur für solche Tatsachen zuverlässig zu sein, die das eigene Ich nicht nahe angehen.

Ganz falsch wäre es übrigens zu glauben, die Pseudologisten verfolgten stets irgendwelche materiellen Vorteile. Sie befriedigen lediglich ihre Eitelkeit. So hatte der Herausgeber der ersten deutschen Zeitschrift für Kriminalanthropologie ohne jeden geldlichen Vorteil als „Dr. jur. et phil." ein Jahr lang neben den Arbeiten der hervorragendsten Juristen und Kriminalanthropologen in seiner glänzend geleiteten Zeitschrift gute eigene Kritiken veröffentlicht, bis herauskam, daß er bis dahin nur in seiner Eigenschaft als Strafgefangener mit der Rechtspflege in Berührung gestanden hatte (Aschaffenburg). Ebenso haben während des Weltkrieges recht zahlreiche Psychopathen — geschmückt mit dem

selbstverliehenen Eisernen Kreuz — ohne jede Aussicht auf greifbare Vorteile Heldentaten von sich berichtet, die entweder frei erfunden oder von anderen begangen worden waren, an die sie aber schließlich doch selbst halb oder ganz geglaubt haben.

Beispiel:

Stanislaus Woy, geb. 1887, wird 1916 im deutschen Heere eingestellt, nennt sich – mit Erfolg! – Stanislaus Paul Fürst Sapieha Woywod, will 5 Sprachen sprechen, gibt an, Diplomingenieur zu sein, wird als solcher nach Rumänien kommandiert, trifft dort in Sergeantenuniform ein, bezeichnet sich als Degenfähnrich, verlangt am Offizierstisch zu essen, schreibt an den Bischof von P. (der Fürst Sapieha heißt) und bittet um 500 Kronen, an Exz. von Harnack, dem er 40 000 Mark für die Kaiser Wilhelmgesellschaft verspricht, in die er aufgenommen werden will, an verschiedene Kriegervereine etc., die ihn zum Ehrenmitglied machen. Gibt sich als Flieger aus, will abgestürzt sein, trägt E. K. I. Klasse und Rettungsmedaille. Verhältnismäßig spät entdeckt, behauptet er, der Sohn eines Fürsten Sapieha Woywods zu sein, der aber von seiner Familie verhindert worden sei, seine Mutter und ihn anzuerkennen. In die Enge getrieben erklärt er, „Fürst“ sei einer seiner Vornamen, in der Klinik wiederholt er aber zunächst wieder den Anspruch auf das Prädikat „Durchlaucht“.

c) Untersuchungsmethoden.

Alle Untersuchungen des Gedächtnisses haben mit einer besonderen Schwierigkeit zu rechnen, die bei der Besprechung der Symptomatologie schon wiederholt angedeutet wurde. Störungen des Gedächtnisses werden so häufig durch Anomalien anderer Funktionen — der Auffassung, der Aufmerksamkeit und des Urteils — vorgetäuscht, daß exakte Prüfungen in dieser Hinsicht besondere Vorsichtsmaßregeln verlangen. Ganz ausschließen läßt sich diese Fehlerquelle wohl überhaupt nicht, hauptsächlich aus dem inneren Grunde, daß zwischen Störungen der Auffassung und denen der Merkfähigkeit und ebenso zwischen logischem Gedächtnis und Urteilsvermögen keine scharfen Grenzen existieren. Leichter lassen sich diagnostische Irrtümer vermeiden, die durch Anomalien der Reproduktion — Hemmung, Sperrung, Danebenreden usf. — hervorgerufen werden können.

Im übrigen werden wir zweckmäßig zwischen einfacheren und komplizierteren Methoden der Untersuchung unterscheiden müssen. Die erste Gruppe von Methoden genügt in den meisten Fällen zur Diagnose am Krankenbett, während eine verfeinerte wissenschaftliche Analyse der Symptome oft sorgfältig ausgearbeitete experimentelle Untersuchungsarten erfordert.

Wir geben zunächst eine für praktische Zwecke geeignete Untersuchungsmethode an, die im wesentlichen aus der Verschmelzung der von Ziehen und Sommer gemachten Vorschläge entstanden ist und uns seit Jahren gute Dienste geleistet hat.

1. Prüfung der Merkfähigkeit.

Fragen nach den Vorgängen bei der Aufnahme.

Name und Aussehen der Begleiter, des aufnehmenden Arztes und des Pflegepersonals. Aussehen des Aufnahmezimmers usf., Reihenfolge der Vorgänge.

Nach längerem Aufenthalt Namen der Pfleger, der Mitpatienten, der Ärzte. Fragen nach der Art des Mittagessens am gleichen Tage, nach der Art der Tätigkeit am vorhergegangenen. Aufforderung, den Lebensgang während der letzten Tage, Wochen und Monate zu schildern.

Sodann Aufgaben wie 7×8 = ? Danach läßt man eine sechsstellige Zahl merken, sofort oder nach einer Minute wiederholen und fragt nun nach der vorher gestellten Aufgabe. Das Resultat fällt naturgemäß verschieden aus, je nachdem man diese Fragen vorher angekündigt hatte oder nicht.

Oder man nennt ein Datum, eine Hausnummer oder etwas Ähnliches, läßt dann von 1—20 zählen und prüft nun, ob die vorher genannte Zahl gemerkt worden ist. Sehr zweckmäßig für die gleichen Untersuchungen ist eine von Bischoff und Vieregge[1]) angegebene Methode, bei der nacheinander eine mehrstellige Zahl sofort, sodann nach einer Minute, in der keine Ablenkung erfolgt, und endlich nach Verlauf einer Minute rekapituliert werden muß, während der die Kranken abgelenkt wurden. Das Ergebnis wird kurz in einer dreistelligen Zahl zusammengefaßt, deren erste Ziffer das Ergebnis der ersten, die zweite das der zweiten und die dritte das der dritten Prüfung angibt. Das Resultat 653 würde also bedeuten: eine sechsstellige Zahl konnte sofort, eine fünfstellige nach einer Minute ohne Ablenkung und eine dreistellige nach einer Minute mit Ablenkung wiedergegeben werden.

Im allgemeinen können gesunde Menschen 6—10- und am häufigsten 7—8stellige Zahlen wiederholen, und selbst neunjährige Kinder rekapitulieren gelegentlich schon neunstellige Zahlen. Bei drei Ziffern scheitern selbst Paralytiker und Korssakowkranke nur selten, so daß Fehler dieser Art den Verdacht der Simulation bzw. der Pseudodemenz erwecken. Simulanten verraten sich außerdem auch dadurch häufig, daß sie immer an derselben Stelle Fehler begehen oder vor der falsch reproduzierten Zahl eine Pause machen (Ziehen)[2]).

Nach dieser allgemeinen Orientierung über die Merkfähigkeit sind die Spezialgedächtnisse zu prüfen.

Bei Prüfung des Farbengedächtnisses sind Wollproben oder besser Vorhänge, Tücher oder sonstige farbige Gegenstände (Bilder) zu verwenden, die dem Kranken zu Gesicht gekommen sind. Zur Prüfung des Formgedächtnisses eignet sich besonders eine von Ziehen verwendete geometrische Figur von der Form eines M oder die von Bernstein angegebene Methode, bei der neun Karten mit verschiedenen geometrischen Figuren je 30 Sekunden lang betrachtet und nachher unter 25 ähnlichen herausgesucht werden müssen. Für die Prüfung des akustischen Gedächtnisses genügt gelegentlich die Verwendung von sprachlichen Reizen nicht, dann müssen irgendwelche andere Laute wie Pfeifen, Händeklatschen usf. zu Hilfe genommen werden.

Endlich ist eine sehr geeignete Methode das Erzählen einer kleinen Geschichte (Märchen, Anekdote, Lokalnachricht), die nach einer kleinen Pause wiedergegeben werden muß (Stern, Sommer, Ranschburg, Römer, Ziehen, Köppen und Kutnitzky). Allerdings wird bei dieser Methode auch die Auffassung und das Urteil (Verständnis) mitgeprüft. Trotzdem ist die Methode zweckmäßig, weil sie unter Umständen doch Aufschlüsse über die Gedächtnisfestigkeit und die Suggestibilität z. B. zu geben vermag.

---

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 65. 237.

[2]) Bei Personen, deren Zahlengedächtnis durch ihren Beruf in abnormer Weise gesteigert ist, wie bei Kellnern z. B., empfiehlt es sich an Stelle der Zahlen Buchstaben zu verwenden (Ziehen).



Schließlich empfiehlt Ziehen zur Prüfung der Merkfähigkeit dem Kranken vormittags zwei Aufträge zu geben, die er bis zu oder bei der Nachmittagsvisite ausführen muß.

2. Gedächtnis im engeren Sinne.

Zur Prüfung früher erworbenen Gedächtnisstoffes werden wohl am häufigsten Schulkenntnisse benützt. Ziehen hat an diesem Verfahren eine an sich berechtigte Kritik geübt, die darauf hinausläuft, daß das Fehlen dieser Kenntnisse ebensowohl auf Faulheit, unregelmäßigem Schulbesuch usf. wie auf einer wirklichen Gedächtnisstörung beruhen könne. Diese Kritik unterstützt die von Rodenwaldt an Rekruten bewiesene Tatsache, daß zahlreiche Angehörige der ungebildeten Klassen schon wenige Jahre nach der Schulentlassung über ein ungemein geringes tatsächliches Wissen verfügen. Wir werden also Defekte, die sich bei dieser Prüfung herausstellen, nur mit äußerster Vorsicht für die Diagnose verwenden dürfen. Immerhin wird auch das gestattet sein, wenn aus dem bisherigen Lebensgange geschlossen werden darf, daß der Stand der Kenntnisse ursprünglich besser gewesen sein muß. In jedem Fall aber kann der positive Ausfall der Prüfung unter Umständen sehr wertvoll werden, beispielsweise da, wo eine Imbezillität und speziell eine von Geburt an vorhandene Merkschwäche in Frage steht.

Besonders geeignet sind die von Sommer vorgeschlagenen Fragen:

1. Alphabet,
2. Zahlenreihen,
3. Monatnamen,
4. Wochentage,
5. Deutschland, Deutschland über alles,
6. Vaterunser,
7. 10 Gebote.
8. Größte Flüsse in Deutschland.
9. Hauptstadt von Deutschland, Preußen etc.
10. Wer führte 1870 Krieg?
11. Wer 1866?
12. Wie heißt der Landesfürst?
13. Wie der Kaiser?
14. Wann starb Wilhelm I.?

Dann folgt

15. die Prüfung des Rechenvermögens. Dabei muß dem Kranken die Möglichkeit abgeschnitten werden, Multiplikationen durch fortgesetzte Additionen vorzutäuschen (1 × 3, 2 × 3, 3 × 3). Es empfiehlt sich deshalb zu fragen: 1 × 3, 2 × 4, 3 × 5 usf.

Neben dem richtigen oder falschen Ergebnis einer derartigen Prüfung muß natürlich auch die Zeit berücksichtigt werden, die der Kranke zu ihrer Lösung gebraucht. Kraepelin verwendet dazu Rechenbücher mit vorgedruckten Aufgaben, in denen auf ein gegebenes Glockenzeichen in regelmäßigen Abständen die zuletzt gelöste Aufgabe durch einen Strich markiert werden muß.

Wo die Prüfung der Schulkenntnisse aus den oben angegebenen Gründen zu einem brauchbaren Resultate nicht führt, kann uns das im praktischen Leben erworbene Wissen Aufschluß über das Gedächtnis im engeren Sinne geben. Jedoch können auch in dieser Beziehung die Ansprüche an ungebildete Menschen kaum nieder genug gestellt werden. So ist es nach Ziehen nichts Ungewöhnliches, daß ein Berliner Arbeiter nicht weiß, an welchem Fluß die Reichshauptstadt gelegen ist. Fragen nach Parteien, Abgeordneten, nach dem

Reichstag und nach dem Unterschied der Konfessionen sind wieder nur dann zu verwerten, wenn sie positiv beantwortet werden.

Dagegen werden von Gesunden durchschnittlich folgende Fragen beantwortet: Wochentage, Monate, Jahreszeiten, Querstraßen der Hauptstraße, Name und Alter der Kinder, ev. (nicht immer) ihr Geburtstag.

Ferner wann welken die Blätter, wann ist die Zeit der Ernte?

Sodann Beschreiben geläufiger Gegenstände, Tram, Briefkasten, Polizist usf. Frage nach der Farbe der Briefmarken (vgl. oben S. 64).

Von den komplizierteren Untersuchungsmethoden ist die von Ebbinghaus für psychologische Zwecke angegebene, das Auswendiglernen von sinnlosen Silben, für pathologische Zwecke wenig brauchbar, weil sie zu große Anforderungen an den guten Willen und insbesondere an die Aufmerksamkeit der Kranken stellt. Sehr wahrscheinlich wird sich auch die von Gregor angegebene Methode (sinnlose Wortpaare) in größerem Umfange nicht anwenden lassen.

Dagegen hat Ranschburg durch ausführliche Untersuchungen die Brauchbarkeit seiner eigenen Untersuchungsart sichergestellt. Der wichtigste Teil der von diesem Autor verwandten Methode liegt in der Verwendung sinnvoller Wortpaare wie:

Sarg — Leiche.	Ball — Marke.
Zahlen — Ziffern.	Akt — Schauspiel.
Diebe — Räuber.	Eis — Gletscher.
Last — Klage.	Ding — Sache.
Ton — Stimme.	

Diese Wortpaare werden eingeprägt, indem — am besten mit Hilfe eines Gedächtnisapparates — jedes Paar zwei Sekunden sichtbar gemacht wird. Nach einer entsprechend großen Pause muß dann auf eines der beiden Worte das andere reproduziert werden. Dabei behalten Normale durchschnittlich für 24 Stunden 6—9 Paare, und Serien von drei Paaren werden gewöhnlich auch von Paralytikern gut reproduziert. Zu vermeiden ist die Verwendung inhaltlich sowohl als dem Klange nach ähnlicher Worte in verschiedenen Reihen, z. B. Boot-Segel und Meer — Ebbe oder Ring — Finger, Ding — Sache. Es ist klar, daß auf diese Weise Entgleisungen in der Richtung eines anderen Paares nahegelegt werden.

Apparate zur Exposition der Reizworte sind u. a. von Ranschburg, Wirth, Lippmann und Hempel angegeben worden.

Die übrigen Teile der Ranschburgschen Prüfung sind zum Teil mit den oben angegebenen Methoden identisch. Er prüft das Personengedächtnis, indem er sechs Portraits zeigt und sie dann unter 50 andern heraussuchen läßt. Die Erinnerung an Formen wird durch die Verwendung von fünf farbigen Rechtecken untersucht, die unter 50 anderen herausgefunden werden müssen, sodann wird ein Blatt mit im ganzen 750 (25 × 30) Quadraten gezeigt, von denen 150 unregelmäßig verteilte schwarz ausgefüllt sind. Von diesen werden 5 je 3 Sekunden gezeigt und sollen nachher wiedergefunden werden. Ferner hat auch Ranschburg 5 sinnlos zusammengesetzte Wortpaare wie Raum — Diener und Wald — Teppich benutzt und endlich zur Prüfung des Namengedächtnisses

zu je 5 Portraits auch den Vor- und Zunamen und zur Prüfung des Zahlengedächtnisses 5 Zahlen, Daten oder Wohnungsnummern merken lassen. Über die Resultate aller sieben Methoden gibt folgende Tabelle Auskunft, die die Prozentzahl der Treffer angibt.

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
Realschüler 12 Jahre	60	70	80	40	20	30	60
Ungebildete Erwachsene 22—50 Jahr	57	80	60	40	20	30	40
Gebildete Erwachsene 17—37 Jahr	67	35	80	30	40	70	80

III. Störungen des Denkens.

a) Psychologische Vorbemerkungen.

Für das Verständnis der Anomalien des Gedankenablaufes ist eine gewisse Kenntnis der Gesetze, nach denen sich der normale Gedankengang regelt, unerläßlich. Bekanntlich ist diese unsere Kenntnis heute noch sehr unvollkommen. Was hier darüber gesagt werden soll, macht keinen Anspruch auf irgendwelche systematische Vollständigkeit; es sollen nur die anerkannten Regeln, von deren Vorhandensein sich jeder durch eigene Beobachtungen leicht überzeugen kann, kurz ins Gedächtnis gerufen und dabei besonders die Punkte berücksichtigt werden, an denen sich normale Modalitäten des Denkens mit pathologischen Abweichungen zu berühren scheinen.

Vorstellungen und Gedanken.

Der Stoff für alles Denken, gewissermaßen das Rohmaterial, wird zunächst durch die Vorstellungen, also durch die Erinnerungen an frühere Sinneswahrnehmungen, und sodann durch abstrakte Gedanken geliefert. Zwischen beiden Gruppen besteht insofern kein grundsätzlicher Unterschied, als zuweilen auch beim begrifflichen Denken Erinnerungsbilder mitanklingen, und — was noch wichtiger ist — viele ganz abstrakte Gedanken eine sinnliche Komponente immer wenigstens enthalten können: die durch die innere Sprache gegebene. Jeder Begriff wird zum mindesten dann mit einer Wortvorstellung (Klangerinnerung) verknüpft, wenn seine Mitteilung beabsichtigt wird. Lange Zeit hat die Psychologie im Verein mit der vergleichenden Sprachforschung (Max Müller) geglaubt: alles Denken überhaupt sei ein inneres Sprechen. „Kein Denken ohne Sprache und keine Sprache ohne Denken.“ Erst die moderne „Denkpsychologie“ (Külpe, Bühler, Messer) hat mit dieser Auffassung gebrochen und an ihre Stelle die Lehre gesetzt: daß ein sprachlich nicht oder nur ungenügend formuliertes Denken zweifellos nicht ganz selten vorkäme. Nur könne eben das sprachlich formulierte Denken von der Selbstwahrnehmung leichter und vollkommener erfaßt werden (Messer). Eine genaue Selbstbeobachtung ergibt zum mindesten das, daß die verbindenden Beziehungen zwischen den gedachten Vorstellungen, die der Über- und Unterordnung, der Begründung und Folge, der Identität und des Widerspruchs (Külpe), häufig nicht sprachlich formuliert ins Bewußtsein treten. Sie machen aber doch das eigentliche Denken erst aus; eine bloße Folge, ein Aneinanderreihen von Vorstellungen, wie es z. B. im Assoziationsexperiment angestrebt wird,

ist noch kein Denken oder hat doch jedenfalls mit dem nichts zu tun, was wir beim willkürlichen Nachdenken über irgend eine Frage innerlich erleben. Gerade beim intensivsten Nachdenken scheinen die Vorstellungen oft auf weite Strecken hin gänzlich zu verschwinden (Bühler).

Die Verständigung über dieses Problem, die für die Beurteilung krankhafter Denkvorgänge grundsätzlich wichtig ist, wird dadurch erschwert, daß Gedanken, die jedes sinnlichen Bestandteiles einschließlich der Sprachvorstellung entbehren, schwer umschrieben, definiert, kurz, wissenschaftlich schwer behandelt werden können. Daß Kurzschlüsse im Denken mehr oder weniger häufig vorkommen, wird jeder Gebildete bestätigen; fehlt ihnen wirklich jeder Vorstellungsrest und jedes Sprachrudiment, so ist es klar, daß man sie nur erleben, dieses innere Erlebnis aber keinem anderen direkt vermitteln kann. Gedanken „ohne jede nachweisbare Spur einer Anschauungsgrundlage" (Bühler) lassen sich schlechterdings nicht weiter beschreiben; sie verhalten sich darin ähnlich wie die Gefühle[1]). Diesen stehen sie auch insofern nahe, als sehr oft gerade gefühlsbetonte Gedanken aus irgendwelchen Gründen nicht in Worte gekleidet werden. Man denke an unfreundliche oder kritische Gedanken, die ein junger Mensch über seine Eltern, über die Religion u. dgl. hegt. Recht oft wird dabei die Klarheit und Bestimmtheit, die das — auch bloß gedachte — Wort der Sache verleiht, instinktiv vermieden, und psychologisch ungeschulte Menschen sind dann ganz ehrlich überzeugt, diese ihnen peinlichen Gedanken in der Tat nicht gedacht zu haben. Wollte man aber sagen, sie hätten sie bloß „gefühlt," so wäre das natürlich auch nur halb richtig; das Gefühl spielt freilich eine große Rolle dabei, aber es ist an Gedankeninhalte geknüpft.

Assoziationsgesetze.

Im übrigen wird die große Bedeutung natürlich nicht bestritten, die dem inneren Sprechen und dem Denken in Erinnerungsbildern nach wie vor zukommt. Wir werden dementsprechend die Gesetze der Gedankenverknüpfung, die ohne Rücksicht auf die eben erwähnten modernen Theorien aufgestellt waren, auch hier kurz erörtern müssen. Bekanntlich wird diese Verknüpfung der Vorstellungen untereinander als Assoziation bezeichnet. Die zahlreichen Formen der Verbindung, die bei oberflächlicher Betrachtung zwischen den Vorstellungen vorzukommen scheinen, haben sich bei näherer Analyse auf zwei „Assoziationsgesetze," das der Gleichzeitigkeits- und das der Ähnlichkeitsassoziationen, zurückführen lassen. Auf Gleichzeitigkeitsassoziationen beruht alles Auswendiglernen, sie begründen das mechanische Gedächtnis. Zugleich vermittelt uns aber diese Art der Verknüpfung von früher erlebten Bewußtseinsinhalten auch jene Form des Erinnerns, bei der eine Geruchsempfindung etwa eine längst vergessene Situation wieder wachruft. Ein typisches Beispiel, das hierher gehört, hat der Psychologe Maury[2]) von sich berichtet.

[1]) Es fragt sich, ob die Psychiatrie mit dieser neuen Auffassung ohne weiteres positive Arbeit wird leisten können; aber sicher wird die Berücksichtigung dieser Möglichkeiten ihr auf negativem Wege Vorteil bringen. Die Kritik des Assoziationsexperimentes, das eine Zeitlang auch für diagnostische Zwecke wertvoll zu werden schien, wird hier neu einsetzen müssen; denn diese Untersuchungsmethode rechnet ausschließlich mit sprachlich formulierten Bestandteilen des Denkens.

[2]) Zitiert nach Taine.



Für ihn waren einige Städtenamen assoziativ mit einer an sich sinnlosen Wortbildung verknüpft, wie sie die Industrie zur Bezeichnung ihrer Präparate erfindet. Die Erklärung dafür ergab sich später, als Maury in einem alten Zeitungsblatt die Reklame einer solchen Fabrik wiederfand, in der der Vertrieb des betreffenden Präparates für jene Städte angezeigt worden war.

Die Ähnlichkeitsassoziationen, die man vielfach — unserer Meinung nach nicht mit Recht — auf Gleichzeitigkeits-Assoziationen hat zurückführen wollen, entsprechen dem früher behandelten logischen Gedächtnis. Sie sind die Grundlage jeder höheren geistigen Tätigkeit, von der Erkennung einfachster Zusammenhänge und Analogien bis zum produktiven genialen Schaffen.

Abgesehen von diesen Grundprinzipien wird man für praktische Zwecke mit Aschaffenburg noch zwischen inneren und äußeren Assoziationen unterscheiden müssen. Die inneren umfassen dabei alle Folgen von Vorstellungen, die durch ihre inhaltlichen Beziehungen (Koordination, prädikative Beziehungen, Kausalität) bedingt sind, die äußeren dagegen nicht bloß die Gleichzeitigkeitsassoziationen, sondern zugleich auch die Verbindungen durch sprachliche Reminiszenzen und die durch Klangähnlichkeit bedingten. Die Einteilung fällt im großen und ganzen mit der Unterscheidung von mechanischem und logischem Gedächtnis zusammen (Vorstellungsverbindungen nach assoziativer Verwandtschaft und assoziativer Übung, Wundt), ist aber doch nicht vollkommen mit ihr identisch.

Die beiden eben besprochenen Assoziationsgesetze sind nun selbstverständlich außerstande, den Vorgang beim normalen Denken irgendwie zu erklären. „Wenn wir ein Dutzend oder Hundert Vorstellungen nach irgendwelchen Assoziationsprinzipien einfach aneinanderreihen, so resultiert nie ein geordneter Gedanke, sondern immer nur — Ideenflucht" (Liepmann). Die zahlreichen Verbindungen, die zwischen den Vorstellungen bestehen, enthalten nur sehr vielfache Möglichkeiten ihrer Aufeinanderfolge; das geordnete Denken selbst besteht gerade in einer Auswahl zwischen diesen mannigfaltigen Eventualitäten, und die wichtigsten Gesetze des Denkens betreffen die Regeln, nach denen diese Auswahl stattfindet. Existierten solche Regeln nicht, so wäre jedes Denken ein Spiel des Zufalls und das Ergebnis ein Chaos, das jede Ordnung ausschlösse. Beim gebildeten Menschen könnte unter der alleinigen Herrschaft der bisher besprochenen Regeln jede einzelne Vorstellung viele andere nach sich ziehen, die unter irgend einem Gesichtswinkel mit ihr verwandt oder die früher nahezu gleichzeitig mit ihr erlebt worden waren. Die Erfahrung lehrt, daß wir diesem Zufallsspiel gewöhnlich nicht unterworfen sind, und selbst im Traum sind beinahe immer Zusammenhänge erkennbar, die sich auf bloße assoziative Verbindungen nicht zurückführen lassen.

Konstellation.

Gerade das Denken im Traum läßt gelegentlich einen Einfluß deutlich werden, dem jedes normale Denken unterworfen ist. Wir träumen häufiger von Menschen und Dingen, mit denen wir in der letzten Zeit zu tun gehabt haben, als von andern, und wir haben im großen und ganzen auch mehr Aussichten, schwere und ängstliche Träume durchzumachen, wenn wir im Wachen aufregende Ereignisse erlebt haben. Man faßt die zahlreichen Einflüsse dieser

Art, die den Gedankengang mitbestimmen, unter der Bezeichnung „Konstellation“ zusammen. Den einfachsten Fall erleben wir bei manchen Formen des Versprechens, bei denen wir in eine gerade vorher begangene Bahn geraten und ein Wort, das wir aussprechen wollten, mit einem andern vermischen, das kurz vorher bewußt gewesen war. (Freud.) Auch die Erscheinung des „Haftens“, die man in ihrer leichtesten Form schon bei ermüdeten Rednern nicht selten beobachten kann, gehört wohl hierher; dieselben Worte und dieselben Satzformen kehren immer wieder und stören den Redner ebenso wie seine Hörer.

Ein anderer Sonderfall von Konstellation wurde bei der Besprechung der Gedächtnisstörungen erwähnt: Wenn die Juristen die Erinnerung der Zeugen durch die Aufnahme des Augenscheins zu wecken verstehen, so heißt das nichts anderes, als daß eine besondere Konstellation für das Denken dieser Zeugen geschaffen wird. Noch bekannter sind andere Beispiele. Wollen wir einen berühmten Feldherrn zitieren, so wird die Erinnerung an Julius Caesar mehr Aussichten haben ins Bewußtsein zu treten, als die an Napoleon, wenn wir am Abend vorher Shakespeares gleichnamiges Drama gesehen oder gelesen haben (Liepmann).

Die Dinge liegen aber keineswegs immer so einfach und durchsichtig. Caesar selbst braucht gar nicht genannt, ja nicht einmal bewußt geworden, gedacht zu sein, die Erinnerung an ihn wird doch über die an jeden modernen Feldherrn siegen, wenn kurz vorher die römische Kaiserzeit oder irgend etwas, was mit Caesar sonst zu tun hat, im Bewußtsein eine Rolle gespielt hatte. So können sehr komplizierte Zusammenhänge hergestellt werden. Das berühmteste, viel zitierte Beispiel dafür ist der Fall Wahles, der jahrelang an dem Rathaus seiner Vaterstadt vorübergegangen war, ohne daß ihm die Ähnlichkeit mit dem Dogenpalast in Venedig aufgefallen wäre. Als er sie eines Tages plötzlich bemerkte, konnte er feststellen, daß er kurz vorher bei einer Dame eine Brosche in der Gestalt einer venezianischen Gondel gesehen hatte. Moskiewicz hat den Tatbestand, der solchen Beobachtungen zugrunde liegt, gut durch den Satz ausgedrückt: „Jede Vorstellung, wenngleich sie im gegebenen Falle nur als diese einzelne Bedeutung hat und als solche einzelne in die Gesamtvorstellung aufgenommen wird, ist doch immer von vornherein schon als Glied eines größeren Zusammenhanges, in dem sie steht, wirksam. Es müssen im Bewußtsein immer mehr Vorstellungen [1]) irgendwie wirksam sein, als im gegebenen Falle tatsächlich bewußt werden.“

„Obervorstellung.“

Wir werden diesen Tatsachen gleich wieder begegnen, wenn wir vom Zusammenhang im Denken sprechen. Eine Voraussetzung für das geordnete Denken liegt in diesem Paratsein ganzer Komplexe, die nicht als Ganzes bewußt, die aber irgendwie doch wirksam sind. Freilich nur eine Voraussetzung; für sich allein kann — wenn man den Begriff einigermaßen eng faßt — keine Form der Konstellation den Zusammenhang im Denken erklären; ein wohl überlegter Vortrag, eine klar zugespitzte Beweisführung wird uns so niemals verständlich gemacht werden. Die Konstellation schränkt nur das Angebot der infolge

---

[1]) Nicht ganz korrekt ist dabei nur das Wort „Vorstellung“. Eine nicht vorgestellte Vorstellung ist natürlich ein Widerspruch in sich.



ihrer assoziativen Verbindungen möglichen Vorstellungen ein, bringt, wie wir sahen, einen bestimmten Verband der Bewußtseinsschwelle nahe. Innerhalb dieses Kreises können wir jedesmal eine Vorstellung auswählen, sie bewußt werden oder bewußt bleiben lassen — oder wir glauben wenigstens diese Freiheit zu besitzen. Man hat das, was dieser jedem geläufigen inneren Erfahrung an Tatsachen zugrunde liegt, auf die Wirkung einer Zielvorstellung zurückführen wollen, der der Gedankengang zustreben soll. Liepmann hat an dieser Auffassung eine sehr berechtigte Kritik geübt. Wir kennen ja das Ziel unserer Gedankengänge beinahe niemals — außer wenn wir eine schon abgeschlossene Gedankenreihe für andere reproduzieren. Unsere Gedanken haben stets eine Richtung, aber nicht immer ein schon bekanntes Ziel. Wenn sie trotzdem folgerichtig ohne Abschweifung entwickelt werden können, so liegt das eher an einer Ausgangsvorstellung, einem von vornherein vorhandenen leitenden Gesichtspunkt, dem sich alle kommenden Vorstellungen unterordnen müssen. Für diesen Tatbestand hat Liepmann den Begriff der „Obervorstellung" eingeführt. Auf sie stellen wir uns ein, sobald wir die Absicht haben, über eine bestimmte Frage nachzudenken. Die Frage enthält die Obervorstellung, wie der gutgewählte Titel eines Buches die Obervorstellung für die darin vorgetragenen Gedanken, die Überschrift jedes Kapitels die seines Inhalts wiedergeben. Die Obervorstellung schafft einen Rahmen, in den alle Vorstellungen hineinpassen müssen, die zugelassen werden. Ihr zuliebe werden von den zahlreichen Gedanken, die sich auf Grund ihrer assoziativen Verknüpfungen anbieten könnten, und von den vielen, die unter der Herrschaft der gerade wirksamen Konstellationen wirklich auftauchen, alle abgelehnt bis auf einen. Die Obervorstellung trifft also eine Auslese [1]), durch die der Gedankengang erst seine eigentliche Richtung erhält. Innerhalb dieses Hauptweges können dann Konstellationen und assoziative Verbindungen nur kleine Varianten veranlassen.

So befriedigend und bestechend diese Auffassung auf den ersten Blick erscheint, sie bedarf, wie besonders die kritischen Erwägungen Külpes gezeigt haben, doch noch der Korrektur und Ergänzung. Zunächst ist die Bezeichnung „Obervorstellung" insofern mißverständlich, als die herrschende Grundidee keineswegs immer, ja geradezu selten wirklich bewußt ist. Liepmann hat selbst schon darauf aufmerksam gemacht. Die „Obervorstellung" bekundet ihre Herrschaft eben dadurch, „daß man den Faden nicht verliert"; „vorgestellt" wird sie nicht, und wenn es etwas im Denken gibt, was gewöhnlich jedes sinnlichen Bestandteiles entbehrt, so ist es der leitende Gesichtspunkt, der uns beim Thema bleiben läßt. Man würde also gerade hier besser von Gedanken, von Ober- oder Grundgedanken etwa zu sprechen haben.

Aber auch das ist nur beschränkt richtig, daß wir Gedanken und Vorstellungen, die zu diesem Grundgedanken nicht passen, erst ablehnen müssen [2]).

[1]) Über die Art und das Wesen dieser Auslese wissen wir schlechthin gar nichts. Wir müssen uns mit der Tatsache als solcher begnügen. Besonders deutlich wird das angesichts der Definition von Moskiewicz, nach der das geordnete Denken einen psychischen Prozeß darstellt, „in welchem die einzelnen Bestandteile so aneinandergereiht werden, daß sie in ihrer Gesamtheit einen Sinn ergeben". Die Definition widerspricht der von Liepmann keineswegs, aber sie ist nichts weniger als eine Erklärung.

[2]) Liepmann selbst hat das nicht übersehen und die hier vorgenommene Modifikation seiner Lehre selbst als „der Wirklichkeit näher stehend" bezeichnet.



Gewiß kommt es vor, daß sich am Schreibtisch bei der wissenschaftlichen Arbeit auch nicht brauchbare Vorstellungen anbieten, oder daß wir mehrere Gedanken oder Worte passieren lassen, um unter ihnen zu wählen; aber wenn im gewöhnlichen Leben wirklich alle Gedanken über die Schwelle des Bewußtseins treten wollten, die vermöge ihrer assoziativen Verknüpfungen und der gerade wirksamen Konstellationen dazu berechtigt wären, und wenn all diese Gedanken nun erst zurückgescheucht werden müßten bis auf einen einzigen, dann würden wir für die einfachsten Entschlüsse und für die kürzeste Antwort sehr viel Zeit aufwenden müssen. Normalerweise wird wenig bewußt, was nicht unmittelbar verwendet wird. Wenn man hier überhaupt von einer „Auswahl" sprechen kann, so spielt sie sich jedenfalls nicht im Bewußtsein ab; ihr entspricht überhaupt nichts Psychisches, sondern höchstens etwas Physisches. Bewußt wird die Aufgabe und ihre Wirkung, ein Zwischenglied existiert nicht — jedenfalls nicht im Bewußtsein.

„Determinierende Tendenzen."

Noch einmal sei hier an die Feststellung von Moskiewicz erinnert, daß im Bewußtsein immer mehr Vorstellungen (richtiger: Gedanken) irgendwie wirksam seien, als tatsächlich bewußt würden. Der Satz fällt im gewissen Sinne mit der Bemerkung Liepmanns zusammen, daß die Obervorstellung wirken könne, ohne bewußt zu sein. Deshalb sprechen andere moderne Psychologen lieber von den „determinierenden Tendenzen der Aufgabe", Das ist gewissermaßen auch eine Form von Konstellation (Moskiewicz), und zwar im wesentlichen dieselbe, die Liepmann mit seiner Obervorstellung meint. Nur wirkt sie wie alle Konstellationen, ohne daß wir psychisch etwas anderes als eben die Wirkung erleben; jede dem Denken gestellte Aufgabe beschränkt aus Gründen, die unserem Verständnis entzogen sind, das Angebot von Gedanken und Vorstellungen auf einen ganz bestimmten Kreis.

Im übrigen lehrt die einfache Beobachtung, daß diese determinierenden Tendenzen nicht immer gleich stark wirken; auch beim Gesunden führt die „Obervorstellung" ihr Szepter nicht immer mit gleicher Strenge. Ihre absolute Herrschaft wird erstrebt bei dem streng logischen, insbesondere bei dem mathematischen Beweis. Aber am anderen Ende der Reihe stehen Vorstellungsfolgen, wie sie jeder Gesunde in Zuständen des Ausruhens erlebt. Wir sprechen dann mit einer Bezeichnung, für die ihre Beziehung zur Benennung krankhafter Bewußtseinszustände charakteristisch ist, von einem Hindämmern, oder wir drücken unsere eigene Passivität durch die Erklärung aus, wir hätten uns unseren Gedanken „überlassen". Unsere „Aufmerksamkeit", die in anderen Fällen auf einen Grundgedanken eingestellt ist, ist „entspannt". In Zuständen dieser Art und häufig noch mehr im Traum und kurz vor dem Einschlafen gelten wirklich nur noch assoziative Verbindungen und bestimmte Konstellationen. Der Gedankengang springt nicht ab, wie man es häufig darstellt, aber er gleitet fortwährend in andere Bahnen; er verläuft nicht ohne Direktive, aber die Direktion wird jeden Augenblick geändert. So stoßen in solchen Zeiten auch äußere Reize unsere Vorstellungen besonders leicht in eine bestimmte

Richtung. Wir sind „ablenkbar", wenn die „aktive" Aufmerksamkeit [1]) den Fluß unserer Gedanken nicht regelt.

Diese an sich normalen Vorgänge, die aber im Prinzip mit dem ideenflüchtigen Denken identisch sind, auf der einen und das scharfe aktive Nachdenken mit streng festgehaltenem Leitprinzip auf der anderen Seite sind nun durch fließende Übergänge verbunden. Das eine Extrem, die Präzision des logischen Denkens, ist bekanntlich keineswegs allen Menschen möglich, sie wird aber im gewöhnlichen Leben des Gesunden auch durchaus nicht immer angestrebt. Eine bestimmte leichte Form der Salonunterhaltung, die der Franzose mit dem Worte „causer" bezeichnet, vermeidet das pedantische Festhalten eines Gesprächsstoffes ausdrücklich, und selbst rhetorische Erfolge werden gelegentlich gerade durch ein geschicktes Herübergleiten auf ein anderes Thema erreicht. Dann wechselt die Aufgabe, und in den Blickpunkt des Bewußtseins rücken Gedanken, die bis dahin nur in der Peripherie des Gesichtsfeldes gelegen waren. Häufiger beruht freilich ein solches Abspringen des Gedankenganges auf einem Nichtkönnen, auf jenem Mangel an innerer Disziplin, den Schopenhauer in einem für pathologische Zwecke sehr brauchbaren Vergleich als Eigentümlichkeit mancher Schriftsteller gerügt hat. Diese Autoren schrieben, meinte er, so wie man Domino spiele; die zufällige Augenzahl des zuletzt gesetzten Steines bestimme die Wahl des nächstfolgenden, und dessen Nachfolger wieder hätte zu dem vorletzten gar keine Beziehung mehr. Es ist kaum möglich, das Wesen der Ideenflucht, um derentwillen diese psychologischen Auseinandersetzungen hauptsächlich notwendig waren, treffender zu kennzeichnen. Aber zugleich zeigt diese Bemerkung, daß ein relatives Fehlen dessen, was Liepmann Obervorstellung nennt, nicht bloß bei Geisteskranken vorkommt.

Gefühl und Denken.

Bei Menschen, deren Denken geschult ist, pflegt ein solches Abweichen vom leitenden Gedanken ein Unlustgefühl zu begleiten. Wir kritisieren einen Redner, der nicht bei der Stange bleibt, und empfinden es beim eigenen Vortrag peinlich, wenn wir den Faden verlieren. Somit begründet die Aufgabe zugleich einen bestimmten Denkzwang. Wir müssen (objektiv und subjektiv) einen Gedankengang zu Ende denken, ehe wir das Thema wechseln können. Auch diese Tatsache ist für psychopathologische Zwecke wichtig. Unser Denken ist insofern gewiß nicht frei, als ein bestimmter assoziativer Zwang auch beim Gesunden den Abschluß mancher Vorstellungsreihen mit mehr oder minder großer Kraft erzwingt. Man denke nur an das Suchen nach einem an sich gleichgültigen Namen, das durch eine zufällige Ähnlichkeit etwa veranlaßt wird und das uns dann stundenlang verfolgen kann. Ebenso bekannt ist der Denkzwang, der uns nachts im Bett den Verlauf einer Schachpartie, eines wissenschaftlichen oder politischen Disputs oder die Tonfolge einer am Abend gespielten Sonate noch einmal durchdenken läßt (Friedmann). Hierher

[1]) Auf den Versuch einer Definition der „Aufmerksamkeit" müssen wir verzichten. Der Bewußtseinszustand, der damit bezeichnet wird, ist jedem geläufig, und nur der Unterschied zwischen dem „willkürlichen" und dem „unwillkürlichen" Deutlichwerden eines Gedankens oder einer Vorstellung, zwischen aktiver und passiver Aufmerksamkeit also, sowie der zwischen Nachdenken und Einfall sollte im Text wenigstens angedeutet werden.



gehört auch das Unbehagen, mit dem musikalische Menschen durch eine nicht aufgelöste Dissonanz, eine Septime z. B., erfüllt werden, und das positiv angenehme Assoziationsgefühl, das den Abschluß einer solchen Empfindungs- oder Vorstellungsreihe zu begleiten pflegt. Diese Gefühle sind psychologisch von grundsätzlicher Wichtigkeit; denn sie sind identisch mit dem „Geltungsgefühl", das uns den Abschluß (die subjektive Geltung) eines Urteils anzeigt. Umgekehrt können Gedanken, die ihrer Natur nach einen solchen Abschluß nicht zulassen, auch vom Gesunden besonders schwer abgelehnt, aus dem Bewußtsein verdrängt werden. Darauf beruht der quälende Denkzwang der Erwartung, der Sorge, des Zweifels (Friedmann).

Dominierende Vorstellungen.

Solche Gedanken nennt man nach Strickers Vorschlag dominierende Vorstellungen. Der Name bezeichnet eine rein formale und zunächst keine pathologische Eigenschaft; auch normale Vorstellungen können bevorzugt sein, im Wettstreit der Gedanken immer wieder siegen — wenn nur ihr Gefühlston stark genug ist. Denn ganz allgemein beeinflussen Gefühle und Stimmungen nicht nur den Inhalt des Denkens; auch der Ablauf der Vorstellungen hängt von gemütlichen Momenten wesentlich ab.

Wir haben den Eindruck, leicht und schnell zu denken, wenn wir gut aufgelegt sind, etwas Erfreuliches erlebt, etwas Anregendes gelesen haben, und unsere Gedanken kriechen dahin, wenn wir verstimmt oder gar traurig sind. Ein lebhafter Affekt beschleunigt die Folge der Vorstellungen, in der Gefahr werden oft — bekanntlich nicht immer — die Möglichkeiten ihrer Vermeidung mit Blitzesschnelle erwogen, und lebhafte Freude macht die meisten Menschen schlagfertiger, reicher an Einfällen und Witz. Auf der anderen Seite wirkt innerhalb einer Gedankenreihe das Auftreten von Gefühlsprozessen, wie Mayer und Orth, Wertheimer und Klein sowie Jung gezeigt haben, im allgemeinen hemmend. Wir stocken, wenn uns plötzlich eine traurige Erinnerung z. B. auftaucht. Länger dauernde Stimmungslagen schaffen zudem eine bestimmte Konstellation für die Auswahl der Vorstellungen. Jede Stimmung hat die Tendenz, nur solche Vorstellungen ins Bewußtsein treten oder doch im Bewußtsein dominieren zu lassen, die ihr adäquat sind. Deshalb folgt aus jeder Depression eine trübe Beurteilung der eigenen Lage, weil die Gegenvorstellungen von traurigen Erinnerungen und Befürchtungen unterdrückt werden. So führt eine ursprünglich formale Änderung des Gedankenganges schließlich zu inhaltlichen Fälschungen des Bewußtseins, und daran scheitert eine ganz scharfe Trennung zwischen der Pathologie des Vorstellungsablaufs und der des Gedankeninhalts.

Mit diesen Gesetzen nun ist das andere eng verknüpft, nach dem von zwei konkurrierenden Vorstellungen ceteris paribus immer diejenige siegt, die in affektiver Hinsicht die lebhafteste, oder wie man gewöhnlich zu sagen pflegt, deren Gefühlsbetonung am stärksten ist. Eine Mutter, die ihren Sohn im Kriege weiß, wird immer wieder an ihn denken müssen, und auch der Examenskandidat wäre sehr froh, wenn er den Gedanken an die Prüfung wenigstens vorübergehend aus dem Kopfe bekommen könnte. In beiden Fällen handelt es sich zugleich um abschlußunfähige Vorstellungen (Friedmann); kein

Denken kann die Sorge um etwas Zukünftiges aus der Welt schaffen, und gerade deshalb taucht sie immer wieder auf. Aber doch eben nur, weil jede Sorge einen Affekt enthält; das Denken an theoretische Probleme, an deren Lösung wir persönlich uninteressiert sind, vermögen wir zumeist unerledigt, ohne Abschluß abzubrechen, und wenn es ausnahmsweise nicht so ist, so liegt die Beteiligung unseres Gefühls klar auf der Hand. Nur wenn beides zusammenkommt — starker Gefühlston und Abschlußunfähigkeit —, dann dominiert eine Vorstellung trotz aller unserer Gegenwehr. Darum ertragen bekanntlich die meisten Menschen ein wirkliches Unglück leichter als die Furcht vor dem kommenden und einen Mißerfolg besser als lange dauernde Spannung.

Natürlich handelt es sich bei alledem um etwas Relatives. Ist der Affektwert einer Vorstellung sehr groß — wie z. B. kurz nach dem Tode eines Angehörigen die Erinnerung an diesen —, so wird sie dominieren, obwohl sie in sich abgeschlossen ist, und umgekehrt: kleine Zukunftssorgen können die meisten Menschen leicht aus ihrem Bewußtsein ausschalten. Ganz absolute Geltung hat überhaupt keines von den uns bekannten Gesetzen des Denkens; sie durchflechten sich alle in ihrer Wirkung und können sich gelegentlich aufheben. Die Vorstellung Diphtherie ist für einen Arzt, der sein eigenes Kind an dieser Krankheit verloren hat, affektiv sicher am engsten mit der Erinnerung an dieses Kind verbunden; trotzdem wird dieser Gedanke in einer wissenschaftlichen Diskussion über das Leiden normalerweise nicht siegen (Liepmann). Aber er wird doch vielleicht auftauchen, und eben deshalb kommen wir mit „determinierenden Tendenzen" allein nicht aus; für jede strenge Ordnung des Gedankenganges ist außerdem noch eine im Bewußtsein gelegene, wählende Tätigkeit erforderlich: der Wille wendet die Aufmerksamkeit hierin und dorthin.

b) Untersuchungsmethoden.

Für die Untersuchung des Gedankenablaufs sind im Laufe der letzten Jahrzehnte mehrere neue experimentelle Methoden angegeben worden. Daß wir ihnen manche Erfolge verdanken, soll nicht bestritten werden, aber diese Erfolge sind größtenteils rein wissenschaftlicher und zum guten Teil mehr psychologischer als psychopathologischer Art. Für die Diagnose der Krankheiten werden wir fast immer mit der gewöhnlichen Unterhaltung und mit der Prüfung der schriftlichen Erzeugnisse des Kranken auskommen. Zweckmäßig ist nur die Ergänzung stenographischer Nachschriften durch phonographische Aufnahmen (mittels des Parlographen oder des Diktaphons), durch die ein großer Teil der im folgenden mitgeteilten Beispiele gewonnen worden ist.

Warum das eigentliche Assoziationsexperiment künstliche Bedingungen und damit unreine Resultate hervorruft, wird im einzelnen bei der Erörterung des ideenflüchtigen Denkens gezeigt werden. Der Versuch, bei dem auf ein zugerufenes Wort so schnell wie möglich alle diejenigen Worte geantwortet werden sollen, die der Versuchsperson einfallen, erzeugt beim gesunden Menschen eine der Ideenflucht sehr ähnliche Art des Denkens. Wertvoller für die Feststellung der im Moment überhaupt verfügbaren Assoziationen und der zur Zeit überwiegend herrschenden Assoziationsprinzipien ist die andere Versuchsanordnung, bei der auf je ein Reizwort mit einer Antwort reagiert wird.

Auf Einzelheiten soll im Laufe der Darstellung noch Rücksicht genommen werden.

c) Klinik der Denkstörungen.

1. Ideenflucht.

Eine Definition der Ideenflucht läßt sich heute noch nicht geben. Schon die Umschreibung des bloßen Tatbestandes wird durch den Ballast an theoretischen Voraussetzungen erschwert, mit denen wir an die Behandlung aller denkpsychologischen Fragen herantreten. Dabei besteht über diesen Tatbestand an sich unter einigermaßen erfahrenen Ärzten kein Zweifel. Wir wollen deshalb die wichtigsten, nicht bestrittenen Tatsachen zunächst rein deskriptiv zusammenstellen, um erst später eine nähere Analyse zu versuchen, die gerade für diagnostische Zwecke sehr erwünscht wäre.

Das ideenflüchtige Denken ist „ungeordnet", es wird durch die Denkprinzipien, die Ach determinierende Tendenzen der Aufgabe, und die Liepmann Obervorstellungen nennt, nicht oder doch nicht in dem Maße geleitet, wie der streng logisch geordnete Gedankengang. Trotzdem wäre es falsch zu sagen: die Vorstellungen reihen sich bei der Ideenflucht einfach auf Grund der Assoziationsgesetze (Gleichzeitigkeit, Ähnlichkeit) aneinander; gewöhnlich wenigstens stehen sie außerdem noch unter dem Einfluß irgendwelcher Konstellationen. Dadurch wird das Angebot an Vorstellungen auch hier eingeschränkt, und bestimmte inhaltliche oder sprachliche Beziehungen ebenso wie affektive Momente wirken auf das Ergebnis mit ein. So wird ein Maniakus im Zustande zorniger Gereiztheit selbstverständlich andere Assoziationen ideenflüchtig miteinander verbinden als in heiterer Stimmungslage.

Das Prinzipielle der Störung läßt sich am besten an Beispielen zeigen, von denen einige mitgeteilt werden sollen. Die erste, eigene Beobachtung ist mit dem Parlographen aufgenommen worden und in vieler Hinsicht charakteristisch. Das dritte Beispiel, das von Liepmann mitgeteilt worden ist, ist so typisch und durchsichtig, daß wir es nach Liepmanns Vorgang unserer Analyse des Symptoms zugrunde legen wollen.

Beispiel 1:

(Singt). Wir sind ja die lustigen lalalalala wo bleibt denn die, so hört meine Frau nicht mehr, meine (Pfeift) .... Ja nur die Ruhe kanns machen. Also ich bin hier gewesen, ich wurde hier hinüber eingeliefert; es war am Abend des 16. September 1915. 1914 also zwischen 7 und 8 Uhr, also ich wurde arretiert mittags, es kann um halb eins gewesen sein, viel hab ich nicht gegessen, weil, ich hatte die ganze Nacht bereits durchgearbeitet; ich war sehr dienstlich tätig, ich wollte mich auch tätig erweisen im Kriege. Ich meine, heute kann Kaiser Wilhelm II. ruhig einpacken, das schad ihm nichts, denn ich kann eine Batterie führen, und nun ist dies eine Patrone, eine Platzpatrone. Ich fühle mich gesund, stramm, ein Soldat, Offizier will ich werden und wenn es möglich ist, dann sogar Kaiser Wilhelm II. auf dauernde Ewigkeit. Sehen Sie wohl, ich bin Soldat, bis auf die Knochen. Der Herr Doktor, der hält den rechten Arm, der läßt sich doch keine Vorschriften machen, wie er will; ich meine verhungert bin ich hier nicht, das ist gänzlich ausgeschlossen. Ich kenne Herrn Professor Bumke ganz genau, ich mein', das kann unmöglich der Fall sein, daß so viele Professoren mit ein und demselben Namen, Herr Professor wollte ich sagen, nicht wahr, und Herr Dr. Reid, ich meine, Sie kennen mich, da müßten ja wer weiß wie viele Leute von meiner Sorte als Idioten auf dem Erdboden umher laufen. Das ist aber nicht der Fall, es gibt viele Brand und natürlich, man kann sich Brand anhängen, wenn man mal in Gesellschaft ist, daß man mal ein bischen viel trinkt, das schad gar nichts. Ich laß mir darin keine Vorschriften machen, wenn ich in der Werkstatt arbeiten tu', meine Wohnung ist hier Holzmindenstraße 5, wenn mich was fehlt, ein ordentliches Weinglas voll Schnaps und denn einen Teelöffel voll Pfeffer, das kuriert sofort auf der Stelle, da lasse ich mir keine

Vorschriften machen, und jetzt im Kino, nicht wahr, oder soll ich Ihnen noch sagen, daß ich gedient habe wo? in Güstrow beim Holsteinschen Feldartillerieregiment Nr. 24, und mein Batteriechef der hieß, also Herr Hauptmann von der Lühe und Major Reinbold und Herr Oberst Kommandeur, Regimentskommandeur von Seckendorf. Ich meine, einen Kanonenschuß, den kann ich schon vertragen und einen Schuß Pulver bin ich doch auch noch wert, ist mir besser als dies Hundeleben, das ich genossen habe in der Zeit, wo ich verheiratet bin mit einem dummen Bauer von Schwiegervater, der überhaupt nicht einmal einen Pfennig über hat, nicht mal 100 oder 200 Mark hergeben kann, wie ich überarbeitet war, als ich hierher kam und so dienstlich hier bin, ich meine, meinen Schnabel will ich wohl halten, denn man to, ick holl den Schnabel nich, und denn schlagen Se mi den Kopp ab: na nu man to.

Beispiel 2 (Stromayer):

Guten Abend! „Ja guten Abend, ja, der ist lebend, wie Honig so süß. Lieben Sie auch Zucker? Zuckerfabrik — der Strick — wollen Sie sich nicht aufhängen? — Sie Mörder — Vatermörder — Halskragen — Hemdkragen — weiß wie Schnee ist die Unschuld — ach die liebe Unschuld! ha ha ha — wie ein Mädchen — im Städtchen — nun leb wohl du kleine Gasse — Gassenhauer — Zote — Pfote, Hundepfote, Katzenpfote — Katzenzungen — die schmecken gut wie Schokolade von Berger-Friedrichsberg (Irrenanstalt) — wo die Verrückten sind — Du mußt nach Berlin.

Beispiel 3: (Liepmann, dessen Kranker gefragt worden war: „Wie geht's?):

„Es geht, wie's steht.“ In welchem Regiment haben Sie gestanden? Herr Oberst ist zu Hause. In meinem Hause, in meiner Klaue. Haben Sie Dr. Klaus gesehen? Kennen Sie Koch, kennen Sie Virchow? Sie haben wohl Pest oder Cholera. Ach die schöne Uhrkette! Wie spät ist es?“

Es wäre falsch, von dieser Reihe (ebenso wie von den vorstehenden) behaupten zu wollen, daß ihr der Zusammenhang fehle. Der Zusammenhang zwischen zwei aufeinanderfolgenden Gliedern ist sogar sehr deutlich, er wird nur unterbrochen zum Schluß, und zwar offensichtlich durch den Anblick der Uhrkette des Arztes, also durch eine von außen kommende Ablenkung. Das ist der eine mögliche und häufige Fall. Ideenflüchtige Kranke sind im hohen Maße ablenkbar. Jeder neue Sinneseindruck reißt sie aus ihrer Gedankenkette heraus, darum das Flüchtige und Ruhelose ihres Beschäftigungsdranges und darum auch der Stimmungswechsel. So schlug die ursprünglich fröhliche Stimmung, die eine Patientin beim Besuche ihrer Töchter zunächst zeigte, erst in Depression, weil sie die eine Tochter blaß aussehend fand, und dann in heftige zornige Gereiztheit um, weil die andere Tochter ein zu kostbares Tuch trug — alles in höchstens zwei Minuten.

Im Prinzip ist diese äußere Ablenkbarkeit mit der inneren, im strengen Sinne ideenflüchtigen Gedankenverknüpfung identisch [1]). Jede im Bewußtsein auftauchende Vorstellung wirkt wie die Sinneswahrnehmung; auch sie bestimmt fürs erste — gewöhnlich nicht für lange — den weiteren Gedankengang. Populär drückt man den Tatbestand der Ideenflucht ja durch Wendungen aus wie: „der Kranke bleibt nicht bei der Stange,“ „er kommt vom hundertsten ins tausendste“, „er verliert den Faden.“ Noch einmal sei an Schopenhauers Vergleich mit dem Dominospiel erinnert. Auch dabei werden gelegentlich neue Reihen begonnen; innerhalb jeder begonnenen Reihe aber entscheidet das letzte Glied. In Liepmanns Beispiel einer ideenflüchtigen Äußerung

---

[1]) Deshalb erscheint es uns ebenso wie Liepmann nicht zweckmäßig, mit Heilbronner zwischen eigentlicher Ideenflucht und Ablenkbarkeit zu unterscheiden.



ist die assoziative Verknüpfung von Glied zu Glied, wie gesagt, deutlich erkennbar, nur ordnet sich die Gesamtheit der Glieder nicht wie beim Gesunden einem leitenden Gesichtspunkte unter. Inhaltliche Beziehungen wie zwischen Koch und Infektionskrankheit und Regiment und Oberst werden wirksam, obwohl sie nicht „zur Sache“ gehören, und ebenso rein sprachliche Zusammenhänge, Klangassoziationen (in meinem Hause, in meiner Klause), stehende Redewendungen (es geht, wie es steht) oder auch nur sprachliche Ähnlichkeiten wie Klause und Klaus. Äußerlich haben solche Reihen das Merkmal, daß sie ohne Entwertung umgekehrt werden können (Liepmann).

Oben wurde schon gesagt, daß der durchgehende Faden den Gedankengang auch beim Gesunden keineswegs immer so straff regelt, wie es bei logischen Beweisen etwa zielbewußt angestrebt wird. Dem entspricht es, daß — nicht nur in Zuständen der Ermüdung oder in Bierreden — ideenflüchtige Reihen ausnahmsweise auch ganz normalen Personen unterlaufen können. Auf der anderen Seite brauchen krankhafte Störungen des Gedankenganges, die qualitativ zur Ideenflucht gerechnet werden müssen, nicht immer den Grad von Sprunghaftigkeit zu erreichen, den Liepmanns Patient aufwies. In der sog. geordneten Ideenflucht (Wernicke) vergessen die Kranken die Aufgabe, das Denkthema nicht ganz; sie kommen schließlich mit ihrer Erzählung zu Ende, nur schlagen sie inzwischen alle möglichen Seitenwege ein, verfolgen sie eine Strecke, um dann wieder auf den Hauptweg zurückzukehren.

Bei leicht hypomanischen Patienten äußert sich das am häufigsten in Form vieler Schaltsätze — eine zufällig genannte Person oder ein beiläufig erwähnter Gegenstand werden in aller Eile noch beschrieben oder mit einem Epitheton belegt —, oder aber die Darstellung erfolgt zwar einheitlich und scheinbar nicht unterbrochen, weicht aber in ihrer Umständlichkeit und Ausführlichkeit von ganz normalen Leistungen doch ab. Hier kann dann die Unterscheidung von epileptischen oder senilen Denkstörungen schwierig werden (s. u.).

Besonders charakteristisch für die geordnete Ideenflucht ist das auch von Liepmann zitierte Beispiel, das Aschaffenburg aus der Selbstbiographie eines Kranken mitgeteilt hat.

„Meine Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, alle Geschwister und sämtliche Verwandte, sowie alle deren nähere, und dies ganz besonders, hauptsächlich meine näheren Freunde und Freundinnen, Bekannte und Bekanntinnen, sowie fremde Leute, mit denen ich teils während der Schulzeit, teils auch während meiner späteren Jahre, sowohl beim Militär, als auch im Beamten-, Zivil- und kaufmännischen Geschäftsverhältnis verkehrte, haben mich auf das allergemeinste belogen, hintergangen, beschimpft, verachtet, verspottet, ausgelacht, verhöhnt, entehrt, mißhandelt, durchgehauen, durchgeprügelt“ usw.

Ganz analog sind die Fälle zu beurteilen, in denen Kranke unter Umständen, in denen es der Gesunde nicht tun würde, ganze Reihen von Vorstellungen nacheinander produzieren, die zusammen eine Kategorie bilden — zahllose Berufe, die Möbel des Zimmers usf. Selbstverständlich ist in solchen Fällen die Obervorstellung eben durch die Kategorie gegeben; trotzdem liegt Ideenflucht vor, da eben diese Kategorie im Moment in einem geordneten Gedankengang nicht dominiert hätte.

Man wird also mit Isserlin als das Wesentliche und Typische zunächst nur die Reihenbildung des Weiterschweifens [1]) überhaupt ansehen müssen.

[1]) Schopenhauer stellt neben seinen Vergleich mit dem Dominospiel den mit dem Polypenwachstum.



Diese kann die Diagnose der Ideenflucht schon da zulassen, wo ein vollkommener Verlust des leitenden Denkprinzips (Obervorstellung) noch nicht zutage tritt. So gelangt man zur Unterscheidung zweier Grade der Ideenflucht, die freilich durch Übergänge verbunden werden. Erleichtert wird diese Unterscheidung durch das äußerliche Moment, daß in den höheren Graden der Störung gewöhnlich sprachliche Assoziationen gehäuft auftreten. Darauf beruht die oft besprochene Verflachung der Assoziationen. In dem oben mitgeteilten Beispiele Liepmanns ist sie deutlich erkennbar; sie kann aber noch viel höhere Grade erreichen. Dann besteht der Gedankengang überhaupt nur in äußeren, sprachlichen Verknüpfungen. Eingeübte Phrasen, stehende Redewendungen, Klangassoziationen, Reime werden aneinander gereiht, inhaltliche Beziehungen treten ganz zurück, und das Ergebnis kann schließlich eine „ideenflüchtige Verwirrtheit" sein, die — namentlich wenn viele Zwischenglieder beim schnellen Sprechen verschluckt werden — ohne Kenntnis der bei ihrer Entstehung wirksamen psychologischen Zusammenhänge als Wortsalat imponieren müßte. In solchen Fällen ist die Differentialdiagnose katatonischen Produktionen gegenüber (siehe dort) schwierig.

Gedankliche und sprachliche Ideenflucht.

Diese „sprachliche" Ideenflucht hat Kraepelin der „inneren", Liepmann wohl noch besser der „gedanklichen" Ideenflucht gegenübergestellt. Die Unterscheidung macht keinen Anspruch auf absolute Geltung. Es gibt keine sprachliche Ideenflucht, die nicht zugleich eine innere wäre; wohl aber scheint eine Lockerung des inneren Gedankenzusammenhanges vorzukommen, ohne daß sprachliche Assoziationen deshalb in den Vordergrund zu treten brauchten. Wahrscheinlich beruht der ganze Unterschied überhaupt auf einem mehr sekundären Moment, das gewöhnlich (bei der sprachlichen Ideenflucht) gegeben ist, ausnahmsweise aber (bei der gedanklichen Ideenflucht) auch einmal fehlen kann. Manische Kranke leiden zumeist an Rededrang. Alle motorischen Antriebe sind in erhöhter Bereitschaft und mit ihnen auch die der motorischen Sprache. Eine ideenflüchtige Reihe muß aber um so mehr sprachliche und damit überhaupt flachere Assoziationen enthalten, je stärker der Rededrang ist. Wir sahen ja, gerade die innerste gedankliche Verknüpfung entbehrt der sprachlichen Formulierung am meisten. Umgekehrt finden wir hier: je lebhafter die Sprache tätig ist, um so flacher werden die Assoziationen. Das ist nicht bloß bei der Manie so, sondern auch im Rausch, bei dem — in Form von Bierreden z. B. — bekanntlich ganz ideenflüchtige Leistungen geliefert werden. Aus den Assoziationsexperimenten von Jung und Ricklin wissen wir, daß gebildete Menschen (sc. im Laboratorium) flacher assoziieren, als ungebildete. Zum Beispiel könnte die Reihe: „Uhr, Urenkel, Enkel, Henkel, Henkel-trocken, Sekt," die von einer manischen Kranken stammt, ganz gut auch von einem Gesunden im Assoziationsexperiment geliefert worden sein. Die Erklärung ist einfach: die Sprache ist bei Gebildeten durch Übung selbständiger geworden und leichter ansprechbar, sie verfügen über mehr äußere Assoziationen als der Ungebildete und können sie benutzen, wenn es — im Experiment — gilt, irgend etwas schnell zu produzieren. Dazu kommt wohl noch der Vorteil, auf diese Weise nichts Persönliches offenbaren zu müssen. Außerhalb des Experimentes wiederum müssen wir sprachliche Assoziationen

— stehende Wendungen etc. — häufiger ablehnen, weil sie sich uns oft in den unpassendsten Momenten aufdrängen. Der Ungebildete ist darin viel ärmer und so ist er im Experiment mehr darauf angewiesen, dem Inhalt des Reizwortes gerecht zu werden. Wird er aber manisch und motorisch erregt, so müssen seine sprachlichen Produktionen notwendig dürftig werden. Die Krankheit kann nichts hervorbringen, was nicht schon parat lag, und so kehren die wenigen sprachlichen Assoziationen, über die die Kranken verfügen, immer wieder; bestimmte Wendungen werden geradezu zu Tode gehetzt.

Beispiel:

Hier ist Fliegerleutnant Rüfer der Reserve, Ritter mehrerer in- und ausländischer Auszeichnungen. Was wünschen Sie, bitte? Ich möchte mir erlauben, Ihnen einige Sachen vorzutragen, wenn es Ihnen angenehm ist. Ich komme nämlich aus Mitau, bin in Grodno, Wilna, überall gewesen, Konstantinopel, Berlin, Wien, Charlottenburg, ich möchte mir erlauben, Ihnen einige kleine Sachen zur Vorstellung zu bringen, ich bin nämlich Hofschauspieler etc. pp. oder was beißt mich da, Anton der lustige Elefant auf der Kirchhofsmauer oder die Lerche auf der Schifferbahn, nachts um $^{1}/_{2}1$ oder was beißt mich da. Also wenn der Schorschl kommt, wenn der heilige Geist erscheint, nachts um 12, dann lachen sich die jungen Mädels alle kaputt, das wissen Sie doch, nicht? Also seien Sie so liebenswürdig und teilen Sie den lieben Kameraden das bitte mit, also ich bitte darum. Aber nicht lachen, lachen ist verboten, ein für allemal, § 11, hier wird weiter geso...., getrunken mein ich, oder was beißt mich da, Anton der lustige Elefant auf der Kirchhofsmauer, das wissen Sie ja, das haben Sie ja schon gehört, nicht? und Anton, der spielt Cello und ich spiel Baß, kennen Sie Sebastian? der macht Kunststücke. Na, Künder ist leider gefallen, was mir von Herzen sehr leid tut, mit dem jungen Mann hab ich schon öfters zusammen gespielt. Ich spreche meinen lieben Kameraden jedoch vielmals meinen Dank aus für die liebevolle Aufnahme und zeichne mit vielen Grüßen Ihr ganz ergebener Fliegerleutnant der Reserve Rüfer junior, zur Zeit Rostock, Lazarett, na wir wollen das beste hoffen, daß wir bald gesund in die Heimat zurückkehren. Ja, also (singt). „Warum sitzt du denn so traurig auf die Banke?.... Der Soldate ist der schänste Mann im Deutschen Staate....“ Hamburg. Also, meine Kameraden, ich habe noch eine kleine Mitteilung zu machen, ich bin soeben von Mitau hierhergekommen, ich war allerdings in verschiedenen Städten, aber ich komme direkt von Mitau, vom Kriegslazarett und möchte mich hier vorstellen. Ich würde mich sehr freuen, wenn die lieben Kameraden so liebenswürdig sein würden und erscheinen. Ich danke den lieben Kameraden nochmals recht herzlich für die liebenswürdige Aufnahme und verbleibe mit recht herzlichen Grüßen und ev. Handküssen Ihr ganz ergebener Fliegerleutnant der Reserve und dankbarer E. Rüfer junior, Kaufmann, Engroskaufmann, Kriminalbeamter, kurz, alles was man will. Ich bitte aber, ich wünsche alles Gute und wünsche den Kameraden nachträglich ein Prosit Neujahr und ein dreifach donnerndes Hoch auf den Kaiser und Reich. Nun Schluß, auf Wiedersehen, im Veilchental oder was beißt mich da. Also liebe Kameraden, lebt wohl, laßt euch nicht den Humor vergehen, sonst geht alles schief. Nur immer langsam, es wird schief gehen, die Walze, die ist bald zu Ende, ich muß nun bald aufhalten, sonst gibt es Saures. Also ihr wißt ja, was Saures ist, es gibt öfters was zum Kaffee in der Wiedewidewidewidallee, bei der deutschen Levantelinie, Hapag kurz, alle denen wo ich gewesen bin, hab ich überall was auf den Kreuz gekriegt. Nun Schluß und Prost Neujahr. Auf Wiedersehen, na hoffentlich ist dat mit dat Appelmuß bald to End. Aber nicht lachen, lachen ist verboten, dat wet ji doch. Und sie schlug ihn auf die Pfoten, da oben sind die Noten. Das ist die Klavierlehrerin nämlich. Ich hew nämlich mal Klavier spelt und dor hew ick, weß jo Bescheed und dor het sie seggt: Julius oder Georg, hör zu, da oben sind die Noten und nicht die Poten und unten hast du die Poten zu behalten und nicht zu spielen und nicht von wegen hier Schnuten und Poten, ick will di bei Schnuten und Poten, du kannst was aufs Krüz kriegen, dat mark di.

Der Rededrang ist aber wie gesagt eine Voraussetzung nur der sprachlichen, nicht der Ideenflucht überhaupt. Fehlt er ausnahmsweise ganz, so kann daraus ein Bild resultieren, das von dem der gewöhnlichen Manie weit abweicht, — und doch Ideenflucht bestehen. Wir wissen das durch eine Mit-

teilung J. Schröders[1]), und ich selbst verfüge über mehrere entsprechende Beobachtungen. Patienten dieser Art sind gehemmt, sie sprechen spontan gar nicht und antworten auch auf Fragen wenig und mit verlängerter Reaktionszeit, aber ihre Antworten sind gewöhnlich geordnet, und später berichten sie uns: sie hätten sogar sehr viele Gedanken gehabt, „Gedanken über die ganze Welt", „die Gedanken seien hier und gleich wieder dort gewesen," „ihr ganzes Leben sei an ihnen vorübergezogen" usf. Deshalb hatten die Kranken so große Schwierigkeiten, wenn sie einen bestimmten Gedanken willkürlich festhalten und zu Ende denken oder wenn sie antworten, sprechen sollten. Denn wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Form häufig um sprachlich nicht formulierte Gedanken, die sich jagen.

Erklärung der Ideenflucht.

Hier wollen wir zunächst Halt machen. Wir werden von nun an auch in den Tatbestand der Ideenflucht nicht weiter eindringen können, ehe wir uns über einige theoretische Voraussetzungen klar geworden sind. Die Frage nach dem Tempo ideenflüchtiger Produktionen, ja sogar die nach dem Vorkommen der Ideenflucht ist von der Vorfrage abhängig, was unter Ideenflucht verstanden werden soll, oder anders ausgedrückt, ob das, was man gewöhnlich so nennt, als eine ganz einheitliche und elementare Störung angesehen werden darf. Worauf beruhen ideenflüchtige Leistungen und wodurch unterscheiden sie sich in ihrem Zustandekommen von den Produkten des geordneten Denkens?

Wir gehen bei der Beantwortung dieser Frage am zweckmäßigsten von der Psychologie des gesunden Menschen aus. Wir sahen schon, daß auch der Normale gelegentlich ideenflüchtige Reihen liefern kann, und wollen jetzt fragen, wann das der Fall ist. Dabei stellt sich heraus, daß wir zwei Zustände kennen, die zunächst gar nichts miteinander zu tun zu haben scheinen, die im Grunde auch wohl wirklich nichts direkt gemein haben und die doch beide zu dem Verhalten des ideenflüchtigen Kranken Beziehungen besitzen.

Um es vorweg zu nehmen, die eine (wirklich) normale Form des Denkens, die der Ideenflucht nahe steht, beruht auf einer Erregung des Gedankenganges, die andere (die wenigstens bei sonst ganz normalen Personen vorkommt) auf einer Erschöpfung.

Von der ersten sprachen wir, als wir den häufigen Wechsel des Gesprächsstoffes in der Salonunterhaltung erwähnten. Wenn es sich dabei um nichts anderes handelte, als um diesen Wechsel des Themas, der ja gewollt ist, so würde sich das mit der Ideenflucht gar nicht berühren. Aber die meisten Menschen werden in Situationen dieser Art lebhafter, schlagfertiger, witziger, es fällt ihnen mehr ein; sie werden „angeregt", wie wir sagen, und zwar auch dann, wenn sie keinen Alkohol getrunken haben. Man wird nicht umhin können, hier eine gesteigerte Denktätigkeit anzunehmen, ein stärkeres Angebot von Vorstellungen, das eben aus der allgemeinen psychischen Erregung quillt. Daß unter diesen Vorstellungen und Gedanken die sprachlich formulierten überwiegen, versteht sich aus der ganzen Situation von selbst. Wichtiger ist, daß man in solchen Lagen trotz dieses Reichtums an Gedanken nicht ideenflüchtig

[1]) Schon lange vorher (A. Ztschr. f. Psych. 14. 28) hat Richarz etwas ganz Ähnliches beschrieben. (Vgl. Emminghaus: Psychopathologie S. 198.)



zu sein braucht, wenn man es nicht sein will. Man kann unter den angebotenen Vorstellungen die auswählen, die einem wünschenswert erscheinen, und sogar während einer äußerlich ideenflüchtig geführten Unterhaltung ein bestimmtes Ziel fest im Auge behalten. Hier ist also keine Rede von einer Aufmerksamkeits- oder von einer Willensstörung. Was vorliegt, ist ein Zustand der Erregung, wie er durch freudige Nachrichten auch hervorgerufen wird, und worauf es uns im Momente ankommt, ist der Nachweis, daß eine solche Erregung zu einer quantitativen Mehrleistung beim Denken führt.

Ganz anders muß eine Form des Denkens beurteilt werden, die uns bei der Erörterung der Inkohärenz wieder begegnen wird und die zwischen normalem Denken und Träumen gelegen ist. Man erlebt sie nach zu lange fortgesetzter Nachtarbeit am Schreibtisch. Die Gedanken fangen an, flüchtig zu werden, sie entgleiten uns gewissermaßen zwischen den Händen, wir verlieren den Faden. Im Anfang reicht ein Willensimpuls noch aus, unsere Aufmerksamkeit der gestellten Aufgabe zuzuwenden, allmählich versagt auch das, und endlich haben wir das Gefühl vollkommener Passivität: wir werden von unseren Gedanken fortgetragen. Der Zustand geht bekanntlich schließlich in echtes Träumen (mit szenenhaften Traumbildern etc.) und wirklichen Schlaf über, wenn ihn nicht ein letzter energischer Willensakt noch rechtzeitig unterbricht.

Was wir hier erleben, ist zweifellos eine Willensstörung, eine Entspannung der Aufmerksamkeit. Eine Mehrleistung oder auch nur ein quantitativ stärkeres Angebot von Vorstellungen werden wir in diesen Zuständen einer leichten Bewußtseinstrübung nicht voraussetzen dürfen; auch ein Überwiegen sprachlicher Assoziationen scheint hier zu fehlen [1]). Trotzdem steht diese Form des ermüdeten Denkens, dieser erste Grad von Inkohärenz der Ideenflucht nahe, und speziell von den Fällen J. Schröders, die oben erwähnt wurden, wird sie sich kaum ganz trennen lassen.

Nur stellen aber die Fälle von Schröder Ausnahmen dar. Das gewöhnliche Bild der Ideenflucht gleicht äußerlich mehr dem Verhalten eines in angeregter Unterhaltung befindlichen, lebhaften Menschen. Da aber auch diese Analogie wirklich nur äußerlich ist — der Normale kann ideenflüchtig produzieren, aber er muß es nicht, der Kranke jedoch kann nicht geordnet denken —, so erhebt sich von selbst die Frage, ob sich der durchschnittliche Typus des ideenflüchtigen Denkens nicht auf ein Zusammenwirken beider Faktoren zurückführen läßt, auf eine Erregung, die mehr Vorstellungen in der Zeiteinheit ins Bewußtsein hebt, und zugleich auf eine Störung der Aufmerksamkeit bzw. des Willens, die die richtige Auswahl unter diesem zu reichlichen Angebot nicht zuläßt.

Seit Liepmanns geistreicher Analyse ist zumeist — nicht ganz im Sinne Liepmanns — an die Aufmerksamkeitsstörung allein gedacht worden. Das wäre praktisch unerwünscht, weil dann die Unterscheidung von der Inkohärenz nahezu unmöglich werden müßte. Aber es ist auch nicht richtig, weil der Gesunde gewöhnlich nicht mit Bewußtsein zwischen vielen Vorstellungen wählt, der Begriff der Aufmerksamkeit jedoch (wie der des Willens) psycho-

[1]) Meiner Erfahrung nach treten übrigens auch (optische) Erinnerungsbilder bei diesen Zuständen noch nicht in den Vordergrund, und darin besteht ein wichtiger Unterschied gegenüber dem Traum.

logisch nur dann einen Inhalt besitzt, wenn er eine bewußte Funktion umfaßt. Der determinierende Einfluß, den die Aufgabe des Augenblicks (Liepmanns Obervorstellung) auf unser Denken ausübt, spielt sich in der Hauptsache ohne jedes psychische Zwischenglied ab; erlebt wird nur das Ergebnis dieses physiologischen Vorgangs. Diese ohne bewußtes Suchen erfolgende „Wahl" [1]) fällt beim manischen Kranken zuerst fort, und so treten in sein Bewußtsein mehr und verschiedenartigere Vorstellungen. Hier erst beginnt — sekundär — die seiner Aufmerksamkeit gestellte Aufgabe, zu deren Lösung sein Wille je nach dem Grade der Störung ausreicht oder nicht ausreicht.

Es ist für diese Betrachtungsweise wichtig, daß nicht alle ideenflüchtigen Reihen von normalen Denkprodukten gleich weit abweichen. Wir hören ja, manche Kranke kommen nach vielen Umwegen und bei auffallender Ausführlichkeit schließlich doch zum Ziele, und andere wieder (nämlich die von J. Schröder) antworten richtig, aber verlangsamt. In beiden Fällen treten zu viele Vorstellungen ins Bewußtsein, aber in beiden versagt der Wille nicht ganz. Das Gegenstück ist die ideenflüchtige Verwirrtheit; hier sehen wir beides, eine höchste Überproduktion an Vorstellungen und zugleich eine völlige Wehrlosigkeit des Kranken, der keine einzige ablehnen kann [2]).

Verhalten der Aufmerksamkeit.

Diese Störung der Aufmerksamkeit (die auch bei der Entstehung der Inkohärenz die Hauptrolle spielt) mag jetzt noch näher untersucht werden. Auch in dieser Hinsicht verdanken wir Liepmann eine wertvolle Analyse. Man kann die Aufmerksamkeit bei der Ideenflucht nicht einfach als herabgesetzt bezeichnen. Es liegt ja auf der Hand, wie lebhaft die Patienten von allen Vorgängen ihrer Umgebung und von allen Details ihres Zimmers usf. Notiz nehmen. Manische Kranke stehen darin kleinen Kindern gleich, deren Aufmerksamkeit in dieser Hinsicht ebenfalls besonders frisch, aber zugleich auch ebenso unbeständig ist. Sie wechselt dauernd ihren Gegenstand, deshalb faßt der Maniakus die Dinge nicht so scharf auf wie der Gesunde in gleicher Lage. Bekanntlich beruht darauf das relativ häufige Vorkommen der Personenverkennung.

So werden wir mit Liepmann diese (zweite) Ursache der Ideenflucht in einer verminderten Beständigkeit der Aufmerksamkeit bei erheblicher Energie erblicken müssen. Das innere Auge des Kranken ist nicht auf einen Blickpunkt eingestellt, dessen Inhalt relativ selten wechselt; sondern durch diesen Blickpunkt gleiten viele Vorstellungen, die normalerweise gar nicht in das Gesichtsfeld gelangen oder doch höchstens in dessen Peripherie liegen bleiben, eine nach der andern hindurch. Keine wird abgewiesen, aber auch keine festgehalten; die Vorstellungen sind „nivelliert" (Wernicke,

---

[1]) Der Ausdruck bedeutet somit einen Widerspruch in sich.

[2]) Vervollständigt wird die Reihe durch die Fälle ausgesprochener Inkohärenz (vgl. S. 145) bei Bewußtseinstrübungen; bei ihnen versagt nur die Aufmerksamkeit, nur der Wille, es fehlt wieder die Obervorstellung; ein Mehrangebot von Vorstellungen aber braucht nicht vorhanden zu sein, so wenig wie ein Rededrang, der sprachliche Assoziationen begünstigt; dafür finden wir die Neigung zur (namentlich optischen) Versinnlichung der Vorstellungen.



Heilbronner, Liepmann). Die Energie der Aufmerksamkeit (Vigilität, Ziehen) ist darum nicht herabgesetzt, sondern eher erhöht (Hyperprosexie, Ziehen), im Gegensatz etwa zu dem Verhalten von Imbezillen und Paralytikern, bei denen sich die Aufmerksamkeit nicht bloß als unbeständig, sondern außerdem als energielos erweist [1]).

Tempo des ideenflüchtigen Denkens.

Im Lichte dieser Auffassung klärt sich auch die alte Streitfrage nach dem Tempo der ideenflüchtigen Produktionen auf. Streng genommen können wir ja die Schnelligkeit eines Gedankenganges nur dann beurteilen, wenn wir jedes Glied der Reihe kennen, und das ist nur auf dem Wege der Selbstbeobachtung möglich. Die Kranken geben nun übereinstimmend an, sie hätten schneller gedacht — und das auch dann, wenn sie wie J. Schroeders Patienten zur Zeit der Ideenflucht verzögert geantwortet, also nach außen als gehemmt gewirkt hatten.

Ebenso ist — von nicht häufigen Ausnahmefällen abgesehen — der unmittelbare Eindruck, den motorisch erregte Maniaci auf den Beobachter machen, zweifellos der, daß ihr Gedankenablauf beschleunigt sei. Demgegenüber hat Aschaffenburg im Assoziationsexperiment festgestellt, daß während der Ideenflucht nicht schneller, sondern langsamer reagiert wird. Isserlin hat das neuerdings bestätigt; auch er fand die Assoziationszeiten bei der Manie nie kürzer als bei Normalen, und häufig länger, als dem Durchschnitt entspricht. Aber dieser Autor macht doch die wichtige Einschränkung, daß oft während der manischen Erregung sehr kurz und kürzer reagiert würde, als von demselben Individuum zu anderen Zeiten.

Also ein Widerspruch zwischen dem Ergebnis der unmittelbaren Krankenbeobachtung und dem der experimentellen Methode. Er bedarf dringend der Aufklärung; gerade für diagnostische Zwecke ist es unbedingt nötig zu wissen, ob eine Beschleunigung des Gedankenganges zum Wesen der echten Ideenflucht gehört oder eine Verlangsamung. Auch diese Aufklärung verdanken wir Liepmann und Isserlin. Der früher begangene Fehler lag im Assoziationsexperiment; dieses ist ungeeignet die Frage zu entscheiden. Gegen seine Beweiskraft erheben sich zwei prinzipielle Einwände, von denen der eine die Versuche an kranken, der andere die an gesunden Personen betrifft. Wir gehen auf beide kurz ein, weil auch diese Erörterung das Verständnis der Ideenflucht fördern wird.

Von den Kranken meinte schon Hitzig, ob sie nicht bei diesen Versuchen einfach deshalb langsamer reagierten, weil sich ihnen zahlreiche Nebenvor-

[1]) Wernicke hatte das Bild von der Nivellierung der Vorstellungen ursprünglich zur Erklärung der ethischen Defekte mancher Maniaci gebraucht, die auf dem Ausfall normaler überwertiger Ideen beruhten. Das Ergebnis müsse notwendig in einem veränderten und zwar in einem minderwertigen Charakter zutage treten. Es mag hier noch einmal angedeutet werden, daß ganz analoge Erklärungen, wie für die Ideenflucht, überhaupt für alle wesentlichen Züge der Manie durchgeführt werden können. Die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit bei erheblicher Energie und im Verein mit einer allgemeinen (motorischen und sprachlichen) Erregung erklärt die Ablenkbarkeit und die unscharfe Auffassung ebenso wie die Stimmungslabilität und die Rastlosigkeit des Beschäftigungsdranges. Auf die eigentümlichen Beziehungen dieses psychopathologischen Syndroms zur Kinderpsychologie ist wiederholt hingewiesen worden.



stellungen aufdrängten, mit denen sie erst fertig werden müßten, ehe sie weiter sprechen könnten. Ganz ähnlich spricht heute Isserlin von der hemmenden Wirkung der Aufgabe. Das wäre im Grunde derselbe Vorgang, der bei J. Schroeders Patienten wirklich zu ausgesprochener Hemmung geführt hat. Das Assoziationsexperiment zeigt uns gar nicht, wieviel Gedanken der Maniakus in der Zeiteinheit erlebt, sondern nur, wieviel er ausspricht.

Auf der andern Seite gibt uns das Assoziationsexperiment auch vom normalen Denken kein richtiges Bild. Der Gesunde wird durch diesen Versuch künstlich ideenflüchtig gemacht (Liepmann) — qualitativ, weil er normale gedankliche Verknüpfungen, jedes aktive Nachdenken bewußt ausschalten, quantitativ, weil er alles aussprechen soll, was ihm an sprachlich formulierten Vorstellungen einfällt. Das erste gelingt ihm nicht immer — deshalb die Verlegenheitspausen, die bei ihm im Gegensatz zum Maniakus gewöhnlich eintreten —, das zweite ist leichter, und so werden — wenigstens bei Menschen mit leicht ansprechbarem Sprachorgan — die Assoziationszeiten verkürzt. Liepmann sagt richtig: der Gesunde kann so schnell assoziieren wie der Maniakus, aber außerhalb des Experimentes tut er es zumeist nicht. Noch entschiedener schreibt Isserlin: „daß eine derartig schnelle, fortwährend in der Richtung wechselnde, in der Qualität flache Vorstellungsverknüpfung, wie sie die Ideenflucht kennzeichnet, dem Gesunden längere Zeit hindurch nicht möglich ist."

Die Frage nach dem Tempo der ideenflüchtigen Produktionen war eben in ihrer ursprünglichen Form falsch gestellt. Das Entscheidende bei der Ideenflucht bleibt immer der Wechsel der Vorstellungsrichtung, und das kann nicht bestritten werden, dass der Maniakus in der Zeiteinheit mehr verschiedenartige Dinge vorstellt als der Gesunde. Natürlich kann man darum nicht ohne weiteres sagen: er stellt mehr vor. Multa, non multum, meint Liepmann. Der Gesunde versenkt sich mehr in die einzelnen Objekte, haftet länger an jedem, er denkt deshalb nicht weniger, nicht langsamer, sondern intensiver, beständiger, gründlicher; er entwickelt tiefere Beziehungen zwischen seinen Gedanken und zugleich mehr Partialvorstellungen für jeden. Für beides hat der Maniakus keine Zeit. Bei ihm wechseln die Gesamtvorstellungen zu schnell, und die sprachliche Erregung läßt ihn an keinem Gedanken haften. Aber ein Potpourri bietet nicht mehr in derselben Zeit als eine Sonate, es wechselt nur die Melodie häufiger, und der Unterschied zwischen beiden Musikstücken ist von dem Tempo, in dem sie gespielt werden, ganz unabhängig.

Vorkommen und Differentialdiagnose.

Die Differentialdiagnose der Ideenflucht im Einzelfalle wird dadurch erschwert, daß wir das Symptom von der Inkohärenz bei Bewußtseinstrübungen und vom schizophrenen Denken auch grundsätzlich nicht scharf genug zu trennen vermocht haben. Insbesondere bestehen, wie oben schon angedeutet wurde, zwischen der echten Ideenflucht und der Inkohärenz zweifellos psychologische Zusammenhänge, die zu entwirren uns bis heute nicht gelungen ist. Reine und extreme Fälle lassen sich freilich trotzdem nicht verwechseln; aber da bei Schizophrenen zweifellos auch ideenflüchtige Reaktionen, bei manischen und Dementia praecox-Kranken leichte Bewußtseinstrübungen und bei Amentia-

und anderen Delirien auch manische Phasen vorkommen, so vermischen sich die drei Grundstörungen nicht selten.

Die leichten Formen der Ideenflucht, die, wie wir sahen, in der Ermüdung auftreten, stehen genetisch zweifellos der Inkohärenz näher, lassen sich aber klinisch von der manischen Ideenflucht nicht trennen. Nach schlaflosen Nächten, langen Eisenbahnfahrten u. dgl. haben manche Menschen Schwierigkeiten, einen Gedanken bis zu Ende zu denken, ein Thema kurz und präzis darzustellen. Dem entspricht es, daß nervös erschöpfte Kranke (Neurastheniker) nicht selten über eine Gedankenjagd klagen, die sie — gelegentlich in Form der „Grübelsucht" — peinigt: sie sind außerstande, sich zu konzentrieren, einen Gedanken festzuhalten, müssen tausend Fragen aufwerfen, ohne zur Antwort auch nur die Zeit zu behalten. Bei diesen Formen ist es ziemlich klar, daß ihnen nur eine Aufmerksamkeitsstörung bzw. eine Willensschwäche, nicht aber ein stärkeres Angebot von Vorstellungen zugrunde liegt. Aschaffenburg hat übrigens auch experimentell in der Erschöpfung eine Lockerung der begrifflichen und ein Überwiegen der sprachlichen Beziehungen zwischen Reizwort und Reaktion festgestellt. Der Inhalt des Reizwortes trat immer mehr hinter seinem Klang und seiner Tonfarbe zurück. Auch darin besitzt diese Störung Beziehungen zur Inkohärenz, aber sie unterscheidet sich doch noch wesentlich von dem Denken bei Bewußtseinstrübungen. Auf der anderen Seite beobachten wir bei zweifellos manischen Personen gelegentlich sehr ähnliche Anomalien.

Anders liegt es bei einer ebenfalls fast noch normalen Form, auf die Kraepelin aufmerksam gemacht hat, und bei der in schlaflosen Nächten die quälende Neigung hervortritt, Reden oder Briefe zu formulieren. Hierbei kann ideenflüchtig assoziiert werden, wesentlich ist aber nur die Erregung der inneren Sprache, die charakteristischerweise am häufigsten nach lebhaften Gesprächen am Abend auftritt.

Beide Faktoren, sprachliche Erregung und Aufmerksamkeitsstörung, finden wir in den zweifellos ideenflüchtigen Produktionen berauschter Menschen. Dementsprechend beobachten wir hier nicht bloß eine fortwährende Änderung der Gedankenrichtung sondern zugleich auch flache und rein sprachliche Assoziationen, stereotype Redensarten, Wortwitze und das Radebrechen in fremden Sprachen (Kraepelin). — Diese Form steht der manischen Ideenflucht sehr nahe.

Mehr Beziehungen zur Inkohärenz besitzt dagegen wieder die Gedankenflucht, die durch manche andere Vergiftungen, insbesondere durch Opium, hervorgerufen wird. Sie knüpft an das Denken im normalen Traum an. Szenenhafte Erinnerungsbilder hauptsächlich optischen Inhalts jagen sich und werden oft sinnlich deutlich; sprachlich formulierte Bestandteile treten zurück. So ist dieser Störung mit der eigentlichen manischen Ideenflucht nur der oft rapide Wechsel des Vorstellungsinhalts gemein, den sie wie manches andere mit den Fieberdelirien z. B. teilt.

Den reinsten Typus der Ideenflucht, von dem wir ausgegangen sind, finden wir bei der Manie, zu deren Wesen die beiden Elementarstörungen, die dem Symptom zugrunde liegen, motorische (sprachliche) Erregung und Herabsetzung der Aufmerksamkeit, gehören. Auch die klinischen Varianten der Ideenflucht, die wir kennen gelernt haben, lassen sich verhältnismäßig am leichtesten verstehen, wenn wir sie aus den Beziehungen der Manie zu dem

allgemeineren Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins abzuleiten suchen. Es ist jedenfalls möglich, daß die rein innerliche Ideenflucht oder daß wenigstens die gedankenflüchtige Denkhemmung als das Ergebnis einer Kombination von innerer (gedanklicher) Erregung und motorischer (sprachlicher) Hemmung aufgefaßt werden muß — eine Kombination, die ja für manche manisch-depressive Mischzustände charakteristisch ist.

Nun kommt aber auch die typische und unkomplizierte Ideenflucht nicht bloß bei zirkulären Kranken vor. Heilbronner hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß ganz typische Fälle zuweilen im Beginn der Paralyse und ausnahmsweise auch bei epileptischen Erregungszuständen beobachtet werden. Ein prinzipieller Unterschied zwischen den Produktionen derartiger Patienten und denen der echten Manie hat sich bis jetzt jedenfalls nicht herausfinden lassen, und es ist auch nicht wahrscheinlich, daß er je gefunden werden wird. Immerhin sind die betr. Fälle doch recht selten. Bei der Epilepsie lassen sich fast immer inkohärente oder Haftreaktionen nachweisen, und bei der Paralyse ist am häufigsten ein hemmungsloses Drauflosassoziieren, das mit der Ideenflucht eigentlich nur die Aufmerksamkeitsstörung gemein hat und jedenfalls dem Verhalten übernächtiger und veralkoholisierter Personen viel näher steht. Der Hauptunterschied dabei ist nur der, daß Gesunde in diesem Zustande ein deutliches Gefühl für ihre sprachliche Inkontinenz und für die Flachheit ihrer Assoziationen zu haben pflegen, ohne allerdings deshalb den müden Fluß ihrer Gedanken abstellen zu können. Wenn übrigens gelegentlich ideenflüchtige Äußerungen bei im Momente nicht berauschten Alkoholisten auftreten, müssen wir auch die Möglichkeit im Auge behalten, daß die Trunksucht das Symptom einer manischen Veranlagung sein könnte. Ausnahmsweise kommen ideenflüchtige Äußerungen auch bei der senilen Demenz vor, während das als Moria beschriebene Bild, das bei manchen Hirntumoren etc. beobachtet wird, insbesondere infolge der läppischen Züge, die es enthält, differentialdiagnostische Schwierigkeiten kaum machen kann.

Diagnostisch recht unerwünscht ist das gelegentliche Vorkommen wirklich ideenflüchtiger Gedankengänge bei Dementia praecox-Kranken. Die Tatsache als solche jedoch wird sich heute nicht mehr bestreiten lassen. Immerhin sind diese Fälle doch nicht allzu häufig. Anders steht es mit der schon oben erwähnten, rein praktischen Schwierigkeit, daß wir katatonische Produktionen und ideenflüchtige Verwirrtheit nicht immer auseinanderhalten können. Gelegentlich beobachtet man heftige Manien mit sinnloser motorischer Erregung, in denen sich die sprachlichen Äußerungen der Kranken kaum noch verstehen, keineswegs aber näher analysieren lassen. Hier scheinen dann die einzelnen Glieder tatsächlich ebenso abrupt, bizarr und zerfahren aneinandergereiht zu sein, wie beim katatonischen Wortsalat. Der Anschein beruht aber schließlich doch nur darauf, daß wir die Zwischenglieder nicht kennen lernen. Dementsprechend würde die Differentialdiagnose im ersten Zustand leidlicher Beruhigung gestellt werden können, wenn nicht auch bei Schizophrenen wirklich ideenflüchtige Produktionen vorkämen. Im übrigen wird die Entscheidung in den meisten Fällen auf Grund anderer Symptome möglich sein. Als mehr subjektives Moment hat sich mir dabei stets die charakteristische Ruhelosigkeit, die innere Hast gerade dieser manischen Kranken als wertvoll erwiesen. Sie machen den Eindruck, als wenn sie subjektiv unter der Fülle der sich drängenden

Vorstellungen litten — ein Eindruck, den man bei den elementaren Sprachausbrüchen katatonischer Patienten kaum jemals gewinnen wird.

2. Denkhemmung.

Wenn man bei der Ideenflucht darüber streiten kann, ob sie in einer vermehrten und beschleunigten Produktion der Vorstellungen besteht, so liegt bei ihrem Gegenstück, der Denkhemmung, zweifellos eine Verlangsamung des Gedankenganges, eine Verminderung der Vorstellungen in der Zeiteinheit vor. Gehemmte Kranke empfinden das selbst; sie klagen darüber, daß ihnen nichts einfallen wolle, daß sie keine Gedanken mehr hätten, sich auf nichts besinnen könnten; aber wenn sie sich gut beobachten, fügen sie zweierlei hinzu; einmal: „ihre Vorstellungen hätten an sinnlicher Deutlichkeit eingebüßt, sie vermöchten sich an nichts plastisch zu erinnern, nichts lebhaft vorzustellen", und weiter „sie brächten keinen Entschluß auf, schon das Aufstehen würde ihnen schwer; zu den einfachsten Verrichtungen brauchten sie eine ganz unverhältnismäßige und immer wiederholte Energie." In der Tat bleibt die Störung nur selten auf den Vorstellungsablauf beschränkt; die Anomalie des Denkens ist in allen ausgesprocheneren Fällen die Teilerscheinung einer allgemeinen Hemmung aller psychischen Vorgänge überhaupt. Auch die Auffassung ist erschwert, und ebenso sind es — am anderen Ende des psychischen Reflexbogens — alle motorischen Leistungen. So ist das schwerste durch die Hemmung geschaffene Bild das einer bestimmten Stuporform. Die Kranken liegen oder sitzen in derselben Stellung, sprechen spontan gar nicht und antworten auf Fragen entweder nicht oder doch mühsam und nach langer Reaktionszeit.

Das andere Extrem steht normalpsychologischen Geschehnissen recht nahe. Die leichtesten Fälle von Denkhemmung werden überhaupt nur subjektiv empfunden und äußern sich lediglich in einem dem Kranken peinlichen, inneren Widerstand, den er beim Denken überwinden muß. Objektiv läßt sich höchstens noch ein Überwiegen der inneren Assoziationen über die äußeren nachweisen — ein Merkmal, das die Denkhemmung wieder in charakteristischer Weise von der Ideenflucht unterscheidet. Isserlin hat bei ein und demselben Patienten während der manischen, ideenflüchtigen Phase ein Verhältnis der inhaltlichen Gedankenverbindungen zu den rein äußerlichen von 18: 81,5, und in der depressiven, gehemmten Phase umgekehrt eines von 81: 17 festgestellt. Dem entspricht das völlige Fehlen jeder Ablenkbarkeit der gehemmten Kranken. Depressive Menschen nehmen an den Vorgängen in ihrer Umgebung wenig Anteil und müssen sich oft erst zwingen, Dinge zu beachten, die anderen Menschen ohne weiteres auffallen.

Alle diese Erscheinungen sind vielen gesunden Menschen aus eigener Erfahrung geläufig; die subjektive innere Hemmung als solche ist überhaupt kein Krankheitssymptom, sondern eine regelmäßige, normalpsychologische Begleiterscheinung aller traurigen Verstimmungen. Wer einen schweren Verlust erlitten hat oder mit Angst und Sorge kämpft, sieht seine Gedanken träge und arm werden, und er bedarf starker Anstöße von innen und außen, wenn er die Dinge der Außenwelt auffassen, sein Denken konzentrieren oder gar einen Entschluß zustande bringen soll.

Die Denkhemmung bei krankhaften Depressionszuständen leichterer Art ist nichts als eine quantitative Steigerung dieser normalpsychologischen Zustände.

Trotzdem ist es zweifelhaft, ob die Hemmung wirklich ausschließlich an gemütliche Störungen gebunden ist. Die neuere Forschung hat im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins das Vorkommen der sog. Mischzustände nachgewiesen. Die gewöhnliche Verkuppelung von Depression und Hemmung auf der einen und von heiterer Verstimmung, Ideenflucht und psychomotorischer Erregung auf der anderen Seite kann ausnahmsweise durchbrochen werden, und in einem nicht ganz seltenen Spezialfall der so entstehenden Mischzustände, im „manischen Stupor“, verbinden sich psychomotorische und Denkhemmung nicht mit trauriger, sondern mit heiterer Verstimmung. Auch diese Kranken sind bewegungsarm, entschlußunfähig und nicht ablenkbar, und auch ihre Gedanken bewegen sich langsam in einem engen Kreis, aber dieser Kreis wird durch eine fröhliche Stimmung erhellt. Somit scheint der Denkhemmung eine gewisse Selbständigkeit zuzukommen; sie wird nicht immer durch den schweren Druck erzeugt, den depressive Verstimmungen auf den Gedankengang ausüben. Wie gesagt, gelegentlich lassen sich solche Zustände direkt beobachten, aber noch häufiger berichten uns manisch-depressive Patienten nachträglich von ihnen, von leichten Anfällen ihres Leidens also, in denen sie, wenn nicht heiter, so doch auch nicht traurig verstimmt und in denen sie doch gehemmt gewesen sind. Ja, in manchen von diesen Fällen scheint es, als ob auch die gemütlichen Reaktionen unter dem Einfluß der Hemmung gestanden hätten. Die Kranken klagen nicht bloß darüber, daß sie sich über nichts mehr hätten freuen, sondern ebenso auch, daß sie an traurigen Ereignissen, am Tode eines nahen Angehörigen z. B., innerlich gar keinen Anteil hätten nehmen können.

Auch sonst bedarf die schematische Lehre, nach der gemütliche Depression und Hemmung zusammengehören, mancher Ergänzung. Viele melancholische Kranke sind nicht gehemmt, sondern erregt, agitiert, und auf der anderen Seite vermögen schon in der normalen Psychologie nicht bloß ausgesprochen traurige Verstimmungen, sondern auch andere seelische Zustände den Gedankengang langsam zu gestalten. Von den leisesten Wirkungen der Verlegenheit bis zu dem lähmenden Einfluß des Schrecks führen in dieser Hinsicht zahllose Zwischenstufen, und so ist es nicht wunderbar, daß auch in der Psychopathologie ein der echten manisch-depressiven Hemmung ähnliches Bild auf mehrfache Weise zustande kommen kann. Das ist differentialdiagnostisch recht wichtig. Kranke, die irgend ein Gedankengang innerlich stark beschäftigt, oder auch solche, die unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen stehen, erscheinen zuweilen gehemmt. Ein Teil von ihnen ist es in Wirklichkeit nicht; ihre Gedanken laufen nicht langsamer ab als bei Gesunden, sondern sie sind nur in bestimmter Richtung in Anspruch genommen; bei anderen aber wird man mit dem Vorhandensein einer echten Hemmung neben den übrigen Symptomen rechnen dürfen. Wir kommen darauf bei der Besprechung der selteneren Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins noch zurück.

Praktisch nicht leicht ist sodann die Unterscheidung der Hemmung von manchen leichten Fällen schizophrener Sperrung. Das Symptom soll bei Besprechung der katatonischen Erscheinungen erörtert und die Besprechung der Differentialdiagnose mag bis dahin verschoben werden. Hier sei nur das schon erwähnt, dass sich bei manchen Depressionen namentlich im Beginn der

Dementia praecox die Unterscheidung von Hemmung und Sperrung überhaupt nicht durchführen läßt.

Es unterliegt heute gar keinem Zweifel, daß auch echte Hemmung bei Dementia praecox-Kranken ebenso wohl vorkommt wie ihr Gegenstück, die Ideenflucht. Schon deshalb ist es nicht richtig, das Symptom für eine Krankheitsgruppe, das manisch-depressive Irresein, ausschließlich in Anspruch zu nehmen. Gewiß ist es hier überwiegend häufig, und darauf beruht sein diagnostischer Wert, aber außerdem begegnen wir ihm zum mindesten bei allen traurigen Kranken, bei Neurasthenikern, den echten sowohl wie bei den Psychopathen, bei Epileptikern, bei manchen Paralytikern, senil Dementen, und erst recht — das versteht sich beinahe von selbst — bei der Rückbildungsmelancholie, die freilich eben deshalb von manchen Autoren mit zum manisch-depressiven Irresein gerechnet wird.

3. Haften. (Perseveration.)

Eine von der Ideenflucht und der Hemmung sehr weit abweichende Störung, die aber doch im letzten Grunde auch als eine Störung der Aufmerksamkeit angesehen werden muß, ist die des Haftens oder Perseverierens (Cl. Neißer) der Vorstellungen. Wie namentlich Müller und Pilzecker sowie Heilbronner gezeigt haben, handelt es sich dabei nicht um ein primäres Symptom, das die richtige Leistung verdrängt, sondern um eine Sekundärerscheinung, die, auf einer physiologischen Beharrungstendenz beruhend, immer dann aufritt, wenn neue Vorstellungen aus irgend einem Grund ausbleiben. Je schwerer die Aufgabe, je unwahrscheinlicher die richtige Reaktion ist, um so wahrscheinlicher tritt Haften auf (vgl. unten).

Andeutungen des Symptoms haben wir kennen gelernt, als wir uns mit der Wiederkehr bestimmter Wortverbindungen und Satzformen bei ermüdeten Rednern und mit dem Einfluß der darin gegebenen „Konstellation“ auf bestimmte Arten des Versprechens beschäftigt haben. In schon viel ausgesprochenerer Form begegnet man dem Haften bei übermüdeten, schlaftrunkenen Menschen und insbesondere dann, wenn diese Müdigkeit durch Alkoholgaben oder etwa durch ein Schlafmittel verursacht worden ist. Kinder, die wir des Nachts wecken müssen, wiederholen nicht selten an Stelle der Antwort die Frage, und Erwachsene, die gegen ihre Schläfrigkeit ankämpfen, haben Mühe, das Kleben an einem bestimmten Wort zu vermeiden. Dementsprechend finden wir bei geisteskranken Personen ähnliche Erscheinungen besonders dann, wenn eine schwere Erschöpfung den normalen Fluß des Gedankengangs aufhält, oder wenn ein wirklicher Ausfall bestimmte für den Gedankengang wichtige Funktionen endgültig ausgeschaltet hat. So verdanken wir die erste zuverlässige Beschreibung der Perseveration einer Publikation Lissauers über die Seelenblindheit, und charakteristischerweise füllte sein Kranker lediglich die von der Hirnerkrankung direkt geschaffenen Lücken durch haftende Vorstellungen aus. Wurde sein Gedankengang nicht von der optischen Seite her in Anspruch genommen, so zeigte er keine Spur von Perseveration. Ganz ähnlich verhalten sich häufig aphasische Menschen; der Inhalt paraphasischer Reihen wird zum guten Teil durch Perseverationen geliefert.

Wahrscheinlich besteht zwischen diesen Fällen einer Herderkrankung und manchen organischen Hirnleiden sonst kein prinzipieller Unterschied.

Sehen wir bei Paralytikern im Anschluß an einen Anfall oder bei Arteriosklerotikern nach einer Apoplexie Haften auftreten, so wird es sich auch dabei zumeist um die zeitweilige Lähmung einer für den Gedankengang wichtigen — gnostischen oder motorisch-sprachlichen — Funktion handeln. Für alle organischen Psychosen jedoch kommen wir mit dieser Erklärung nicht aus, und deshalb müssen wir eine allgemeine Erschwerung des Assoziationsvorganges als eine zweite häufige Ursache der Perseveration anerkennen. Diese Ursache ist außer bei den oben schon erwähnten Fällen von normaler Erschöpfung bei allen organischen Verblödungen (paralytische, senile, arteriosklerotische, epileptische Demenz, Hirntumoren), bei manchen Vergiftungen und Infektionen, in epileptischen Dämmerzuständen und überhaupt bei den meisten Bewußtseinstrübungen (außer den psychogenen) wirksam.

Was nun die Erscheinungsformen des Symptoms im einzelnen angeht, so ist zunächst zu beachten, dass es sich nicht auf sprachliche Vorstellungen beschränkt. Es kommt vor, dass ein Kranker, dem mehrere Gegenstände gezeigt werden, einen neuen mit dem Namen des vorhergehenden bezeichnet, ihn aber richtig benutzt; aber auch das Gegenteil wird beobachtet; dann haftet gerade die Bewegungsvorstellung, und ein Schlüssel z. B. wird als Löffel verwendet, gleichviel ob er als Schlüssel oder als Löffel benannt wird. Das rein sprachliche Haften ist freilich häufiger, und so sind die besten Beispiele des Symptoms die von Soelder notierte Antwort: „der Monat hat 12 Monate“ oder der häufige Fehler, mit dem Kranke als ihr Alter eine Zahl angeben, die vorher absichtlich oder unabsichtlich genannt worden war.

Die Differentialdiagnose des Haftens bereitet im großen und ganzen keine Schwierigkeiten. Zuweilen täuschen schwachsinnige Menschen das Symptom vor, weil ihr Vorstellungsschatz verarmt ist, und sie nun — bei gleichzeitig bestehendem Rededrang — einzelne Wendungen zu Tode hetzen. Das ist ein durchaus anderer Vorgang, der nur äußere Ähnlichkeiten mit der Perseveration besitzt. Nicht immer leicht dagegen ist die Unterscheidung von gewissen Stereotypien bei katatonischen Kranken; gewöhnlich jedoch springt auch hier der aktive Charakter der Störung im Gegensatz zu dem passiven Klebenbleiben der Perseveration in die Augen. Für manche Fälle, die von dieser Regel abweichen, bleibt es überdies fraglich, ob sie sich überhaupt prinzipiell vom Haften unterscheiden lassen; denn die letzten Gründe kennen wir weder für das eine noch für das andere Symptom, und wir dürfen somit nicht ganz bestreiten, daß sich ihre Wurzeln an gewissen Punkten berühren könnten. Immerhin ist eigentliches, nicht gewolltes Haften, wie ich im Gegensatz zu Heilbronner betonen möchte, bei katatonischen Kranken nicht allzu häufig. Wenn diese Patienten, wie es oft der Fall ist, Worte wiederholen und an irgendwelchen Vorstellungen kleben bleiben, so handelt es sich nur zuweilen um eine Aufmerksamkeitsstörung (oder um Vorstellungsarmut) und häufiger jedenfalls um jene Bizarrerie des Willens, die für diese Zustandsbilder überhaupt charakteristisch ist. Das Haften aber in seiner reinen Form entbehrt wie gesagt eines willkürlichen Charakters durchaus.

Als Untersuchungsmethode hat sich mir da, wo eine besondere Technik überhaupt geboten erscheint, die mit Heilbronners Bildchen besonders gut bewährt. Auch dabei bestätigt sich die schon erwähnte Erfahrung, daß bereits bewußt gewesene Vorstellungen um so stärker haften, je schwerer neue

ausgelöst werden können: die Perseveration tritt bei voll ausgeführten Bildern (oder Gegenständen) am wenigsten zutage, und sie wird am deutlichsten bei bloß schematischen Zeichnungen, die natürlich schwerer zu erkennen sind. Ähnlich verhält sich der Assoziationsversuch: auf abstrakte Reizworte folgen eher Wiederholungen als auf konkrete.

Als ein einfaches Beispiel bei gewöhnlicher Unterhaltung sei das folgende mitgeteilt:

Beispiel (Paralyse).

Wie heißen Sie? Selma Arnold.

Wann sind Sie geboren? in Danzig. Nachdem sich meine Mama mit meinem Papa verheiratet hat.

Wo sind Sie hier? Selma Arnold.

Was machen Sie hier? Kartoffelschälen möchte ich gern.

Warum sind Sie hier? Schon lange. Kartoffelschälen.

Was war Ihr Vater? Oberarzt (falsch).

Wer hat Sie gefirmt? Hier. In Marienfelde im Kloster. Jetzt bin ich katholisch geworden hier, beim Oberarzt. Mein Vater war ja Kaiserlicher Werkmeister, ja.

Wer ist der Oberarzt? Ein Jude.

Wie heißt er? Jacobsohn.

$3 . 3 = 9$. $9 + 7 = 14$. 14 Mk. — 5 Mk. = weiß nicht.

$3 . 7 =$? das weiß ich auch gar nicht mehr.

Wissen Sie noch eine von den Aufgaben? Marienfelde im Kloster. Kartoffelschälen.

In welchem Lande liegt Danzig? Ostpreußen.

Wer regiert in Preußen? Ein Regiment.

Wie heißt der Kaiser? Jude, Jacobsohn, der Oberarzt. Ja.

4. Umständlichkeit.

Schließlich sei noch die Umständlichkeit des Gedankenganges erwähnt, die sich bei manchen Krankheitsformen vorfindet, in einer bestimmten, reinen Form aber für die epileptische Psyche charakteristisch ist. Das Symptom hat mit der Ideenflucht die (mehr äußerlich ähnliche) Schwierigkeit gemein, die Kranken zu einer geordneten Erzählung zu bringen. In leichten Graden tritt ja auch die Ideenflucht in Form einer bloßen Weitschweifigkeit auf, die das eigentliche Ziel schließlich doch erreichen läßt. Beim umständlichen Gedankengang aber wird das Ziel niemals auch nur vorübergehend aus dem Auge verloren, sondern nur auf einem überaus mühseligen Wege gesucht. Die meisten ungebildeten Menschen sind umständlich in ihren Erzählungen, weil sie während ihres Berichtes das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen zu sondern verstehen, und weil sie ihren ganzen Denkgewohnheiten zuliebe am Konkreten, am Detail haften und es zugunsten einer präzisen Darstellung nicht fortlassen können. Aber hier handelt es sich nur um eine mangelnde Technik, und wenn der Untersucher eingreift, so sind die meisten ungebildeten Menschen zum mindesten bestrebt, nur das Wesentliche anzugeben.

Anders der Epileptiker, dessen Gehirnerkrankung einen gewissen Grad bereits überschritten hat. Er hält eigensinnig an seiner Darstellung fest, und wenn man ihn unterbricht, so nimmt er sie an demselben Punkte wieder auf, wenn er nicht gar wieder von vorne beginnt. Seine Vorstellungen sind in einer bestimmten Reihenfolge erstarrt, und seine Erzählungen werden gewöhnlich mit denselben Worten, denselben Bildern und denselben eingefügten allgemeinen

Betrachtungen wiederholt. Ihm fehlt die geistige Elastizität, um von seinen Erinnerungen die nicht wesentlichen fortzulassen, und sein Gedächtnis ist zu schlecht geworden, als daß er dieser Anlehnung an die tatsächlich erlebte Folge wichtiger und unwichtiger Ereignisse überhaupt entbehren könnte. Dazu versagt sein Urteil bei der Auswahl zwischen der Hauptsache und dem zufälligen Beiwerk, und endlich zwingt ihn die eigensinnige Pedanterie seines Wesens, an seinem ursprünglichen Plan festzuhalten. So kommen Äußerungen zustande, wie sie ein Liepmann und Edel entnommenes Beispiel und eigene Beobachtungen veranschaulichen sollen.

Beispiel 1:

„Heute sind es gerade acht Tage, daß ich hier bin, und ich sage Ihnen, man kann, eigentlich nicht Worte des Lobes genug sagen, was Sie in der kurzen Zeit an mich speziell, ohne es zu übertreiben, wohl sagen Wunder ausgeführt haben. Denn ich habe mich doch, als ich herkam, in einer solchen Verfassung befunden, daß ich es gar nicht für möglich gehalten habe, in so kurzer Zeit auf dem Posten zu sein. Es ist ja möglich, daß meine kollossale Willensstärke dazu beigetragen hat, Ihre Heilmethode besonders kurz bemessen zu lassen. Aber im großen und ganzen ist ja Ihr Verfahren jedenfalls ein so anerkennenswertes, daß man Worte des Lobes nicht genug sagen kann, und kann ich sowohl Ihnen wie dem Dr. R. meinen besonderen Dank dafür aussprechen, daß er darauf hingewirkt hat, daß ich gerade zu Ihnen gekommen bin. Ich für meine Person werde in anerkennendster Weise die Erfolge Ihrer Anstalt weiter rühmen, denn verdient haben Sie es ja, wenn Sie auch finanziell entschädigt werden. Denn Sie verdienen für Ihre Bemühungen nicht nur finanzielle Anerkennungen, sondern auch des Lobes in der Öffentlichkeit, und da werde ich mein Möglichstes tun, im Lokalanzeiger Berichte herzustellen und ihm die Sache warm ans Herz zu legen."

Beispiel 2 (eigene Beobachtung):

Liebe Mutter!

Ich habe schon das Heimweh nach Dir und mir einst besuchen würderst so kome bald einst her und mir bestuchen.

habe auf die gewardent und schieke mir bald ein Seife her wo ich ich wasen ich habe immer anst Seife gewasen bribe mir Seife mit denn kome bald ein her mit und kome bald ein hein.

denn komst du, bald mal her und her zeit hast einst mit Mazs eist mit, mal einst mit wil ich dir einst bestuchen haben habe immer Bohen aumacht.

denn du eist her ich schon Kleid bemoken und und wills dir einst besuchen vile helche grüste von deiner toncher Anna.

Liebe Mudding so komme bald einst und besuche mich einst ich habe immer allt Tage Arbeit gehabt ich Bohnen abgesteckt und immer Erbsen ausgepahlt. Liebe Mudding wenn du kommst so bring Max doch auch mit ich freue mich zu viel.

einst besuchen denn komst du einst, her mit und brist Max einst mit ich müste mich immer ann Seife mit nemmen beim Buch geschagen.

vile herligle Grüße von dir und komst du einst her und besuche mich und Onkels Tante Mich doch vielmals von mir grüze ich auch mir und machen Geschinsten Iida und Gügugste und Frist Rud Meine Schwester Miene.

Liebe Mutter was macht denn Schwester Frieda sind sie alle gesund. Rud macht denn Bruder Kral und Frist sind sie alle gesucht und munter Eiese Guguste die auch gesund und mutter

und viele herlize Grüze nun will ich schließen viele Herliche Grüze von deine Tooter Ana (Lena).

Beispiel 3:

Kurz gefaßte Darstellung meiner Krankheitsentwicklung.

Meine Eltern: Vater Posamentier, geboren 1827, meine Mutter geboren 1. März 1830, beide in Bobrek. Großvater mütterlicherseits Gerichtsaktuar in Koburg, wurde 89 Jahre, geboren 1786, gestorben 1875.



Großmutter mütterlicherseits geboren 1800, starb 1882. Ebenso waren die Großeltern väterlicherseits gesunde Personen. Mein Vater starb 1902 am 15. Mai infolge einer Darmentzündung. Sonst war es aber außer einer größeren Lungenentzündung im Jahre 1890, die infolge einer vernachlässigten Influenza entstanden war, ganz gesund. Die Lungenentzündung fesselte ihn damals über $1^1/_2$ Monate ans Bett. Später war er aber wieder ganz gesund und kräftig. Im Jahre 1849—1855 war mein Vater in den Vereinigten Staaten. Meine Mutter war sonst ganz gesund, litt aber an großer Nervenschwäche. Außer dem Posamentiergeschäft hatten meine Eltern noch ein Ladengeschäft am Markt in Koburg, in welchem dieselben ein Posamenten- und Kurzwarengeschäft schon von den Großeltern übernommen, betrieben und nach dem Tode meines Vaters dann ausverkauft wurde. Meine Eltern heirateten am 24. April 1860 in Koburg, und war ich nach 12jähriger Ehe derselben das einzige Kind, litt aber schon in früher Jugend an Nerven- und Magenschwäche, Neurasthenie und Gastronomie und mußte mit großer Sorgfalt behandelt werden. Im Jahre 1879 kam ich dann zur Schule in Koburg in ein Pensionat, schon mit Rücksicht auf meine Gesundheit und nachdem ich vier Jahre die Vorschule besucht hatte (1879—1882) kam ich dann auf das Gymnasium nach Koburg, das ich bis Quarta besuchte und noch ein Jahr die daselbst bestehende Realschule. Außerdem der Magenschwäche stellte sich aber auch Neurasthenie bald ein. Nach größerer Anstrengung körperlicher wie geistiger, nach Aufregungen, Ärgernis, oder auch nach Magenstörungen traten diese Erscheinungen stark hervor. Ich mußte, um den Magen immer gesund zu erhalten öfter von Zeit zu Zeit Weihnrhabarber einnehmen, und ganz besonders traten, wenn ich die nötige Zeit durch die Schule nicht hatte, spazieren zu gehen, auch Stauungen im Leib, sog. Verstopfungen, infolgedessen die Darmentleerungen manchmal fast drei bis vier Tage gehemmt waren, weshalb ich diesem Passus meine besondere Aufmerksamkeit widmen mußte. Später mußte ich deshalb von Zeit zu Zeit, gewöhnlich alle 14 Tage, Friedrichshaller Bitterwasser trinken, das mir außerordentlich guttat und auch Pfefferminzplätzchen, um Stauungen im Leib zu begegnen, die ebenfalls gesundheitlich gut waren. Ein Hauptübelstand waren aber die epileptischen Krämpfe die sich öfter durch Schüttelfrost anzeigten und meine lieben Eltern sowohl als auch mir immer große Sorgen bereiteten. Dieselben zeigten sich dadurch an, daß meistens bei Überarbeitung auf der rechten Seite oberhalb des Schädels sich ein Druck bemerkbar machte, eine sogenannte Kongestion, während die Füße und Hände kalt blieben (Frost in Händen und Füßen) und nun sich bei mir eine Vorstellung zeigte, als ob eine Kugel dicht an der Wand drehte, Schwindelanfälle, mein Gedächtnis war geschwächt und ich bin öfter nach diesen Krämpfen hingefallen und habe mich aufgeschlagen. Viel konnte ich tun, wenn ich die Füße immer warm hielt, im Geschäfte gleich, nachdem ich gekommen war, die Schuhe wechselte, damit keine kalten Füße entstanden und ebenso auch mich verhielt, wenn ich wieder nach Haus gekommen war. Früh nach dem Aufstehen trank ich ein überschlagenes Glas warmes Wasser mit doppelkohlensaurem Natron, ebenso auch abends um 9 Uhr vor dem Zubettgehen, was mir außerordentlich guttat. Um den kalten Händen, der unrechten Blutverteilung entgegenzutreten, nahm ich nach dem Mittagessen 5 Minuten gewöhnlich ein warmes Handbad, so warm ich es eben vertragen konnte und besuchte auch, soweit die Zeit mir es gestattete, vielfach ein überschlagenes Bad, das mir ebenfalls immer sehr gut bekam. Ich war kein Alkoholiker, trank aber, wenn es die Gesundheit erheischte, einen kleinen Löffel Kognak, den ich immer bei mir trug und der, wie ich sagen kann, auch in diesem Falle gute Dienste leistete, um den Kopf immer rein zu halten, der namentlich auch bei Katarrh etwas aufgetrieben war, nahm ich ein wenig Schnupftabak (Mentholin), der dann, wenn größeres Niesen eintrat, große Erleichterung brachte, aber nur wenn es nötig war, griff ich zu diesem Mittel. Die epileptischen Krämpfe traten also wie gesagt bei größeren geistigen Überanstrengungen auch schon in der Schule, und zwar meistens in der Mathematikstunde zeigten, während ich in anderen Fächern, sprachlichen und sonstigen Unterrichtsfächern, Geschichte, Geographie und dergleichen niemals davon befangen wurde. Sie sehen also, daß bei ganz besonderen Aufregungen sich dieses Übel zeigte, nämlich nach dem Tode meiner Eltern, weshalb ich bei deren Beerdigung auch nicht mitgehen dürfte. Bei meinen lieben Eltern habe ich im Geschäfte und lernte, da es damals in Koburg ja noch keine Handelsschule gab, die verschiedenen Fächer für den kaufmännischen Beruf: Französisch, Englisch, Buchführung, einfache und doppelte, und auch den Bücherabschluß, Korrespondenz und Gabelsberger Stenographie, letztere im dortigen Verein, die anderen kaufmännischen Fächer im Privatunterricht mit Kameraden zusammen. Hiermit habe ich Ihnen

ein Bild meines Leidens gegeben und kann, wie Sie ja sehen, manches tun, dem Übel abzuhelfen, wenn ich auch meiner Gesundheit die nötige Aufmerksamkeit in jeder Hinsicht widmen kann. Vor meinem Bette habe ich ein Waschbecken mit kaltem Wasser und Schwamm liegen; denn ich weiß das öfter diese Erscheinungen eingetreten sind, wenn ich nachts im Bette zu niedrig mit dem Kopfe gelegen habe und tiefer heruntergesunken war. Wenn ich dann bei Eintreten dieser Krampfes, sobald ich denselben bemerkte, gleich mit kaltem Wasser über den Kopf abwusch, konnte ich sofort die unrechte Blutverteilung wieder zu hemmen und gesund weiterschlafen. Ich habe, auch früher keine Lehrlingszeit als kaufmännischer Lehrling durchgemacht, sondern, wie schon bemerkt, in mehreren kleinen Geschäften die Buchführung, Korrespondenz, usw. besorgt, um mich nicht zu sehr überanstrengen zu können. Leider habe ich, da sich die Mathematik mir hinderlich im Wege stellte, keine feste staatliche Bürostelle erlangen können, schon in bezug auf meine gesundheitlichen Verhältnisse, die durch den Bürovorständen in meiner Vaterstadt bekannt waren. Stellen im Rathaus, Landratsamt, in der Post usw. Das hat mir auch ein früherer Stenographielehrer, der Bücherverwalter des Gabelsbergerschen Vereins Koburg und um dessen Beistand ich jetzt bat, in meiner Militärangelegenheit, geschrieben. Stellungen habe ich früher in der Anolischen Fahnenfabrik bei Herrn Dr. Kühner, der hier aber verzogen ist, dem Generalanzeiger Koburg bekleidet. Die Verhandlung des Koburger Generalanzeiger habe ich früher auch allein stenographiert in Vertretung des damals dafür bestimmten Beamten; die bereits erwähnten Stellen habe ich, sowie einige kleinere Arbeiten in kaufmännischen Geschäften tagsüber mehrere Stunden besorgt. Vom Jahre 1909 ab bis 1916 war ich bei Herrn Fabrikant A. Schwelcher in Koburg, der ein Stoffspielwarengeschäft betrieb, als Korrespondent tätig, und schrieb dessen Briefe nach Dikatat sofort stenographisch nieder, und übertrug dieselben sofort wieder in Kurrentschrift. Infolge Beschlagnahme aller Fabrikate seitens unserer Feinde konnte mein Prinzipal aber diese Fabrikation nicht weiter betreiben, und obgleich er nebenbei noch ein Geschäft betrieb, waren meine Dienste für ihn nicht mehr nötig und löste sich unser geschäftliches Verhältnis dadurch in aller Harmonie auf. Ein guter Freund, ein Schulkamerad, Herr Staatsanwalt von Schultes, verschaffte mir bei einem Verwandten, Herrn Franz Kater (?) Hofmeister ? Grasser, einen neuen Posten, den ich bis zu meiner Einberufung am 15. Januar 19— nach Gleiwitz Abt. Flieger, ausfüllte.

Mit der Bitte, mir als hochgeschätzter Mediziner gütigst in meiner schweren Prüfung mit Rat und Tat zur Seite stehen zu wollen, verbleibe ich

mit vorzüglichster Hochachtung und Ergebenheit
Ihr schon im Voraus dankender
Heinrich Schmidt.

In noch schwereren Fällen wird übrigens die auch in diesen Proben schon deutliche Neigung zu schwülstigen, hochtrabenden Worten noch auffallender, wie die folgende Unterhaltung zeigen mag.

Beispiel:

Wie geht es Ihnen? „Ich fühle, daß ich in meinem Gesamtorganismus angestrengt bin, fühle mich matt und abgespannt. Ist der Organismus nicht allzu streng in Anspruch genommen, kann ich gut denken. Ich fühle mich nicht ganz wohl, weil ich die Wahrnehmung mache, daß das Nervensystem in hohem Maße durch die Anfälle tangiert worden ist, weil ich nicht imstande bin, meinen geistigen Funktionen in jeder Beziehung nachkommen zu können. Diejenigen Funktionen, wo ich schärfer denken muß, bereiten mir Schwierigkeiten."

„Haben Sie noch Anfälle?" „Nach den Anfällen ist es schlimmer. Wenn ich keine Anfälle habe, hat sich das Widerstandsphänomen ein wenig gebessert. Die Anfälle sind durch geistige Überanstrengung in meiner Tätigkeit als Techniker gekommen."

„Haben Sie noch Anfälle?" „Sie werden doch zugeben, daß ich mir alles reiflich überlegen muß. Ich komme ja immer von einer These auf die andere. Ich habe doch nicht gestern umsonst gesagt: Providentia mater sapientiae est.

Oft tritt endlich — und zwar auch außerhalb der Dämmerzustände — zu diesen Störungen noch das Symptom des Haftens, das den Fluß der Darstellung erst recht aufhält und dem Kranken überdies den Wechsel des Themas erschwert.

Die epileptische Umständlichkeit ist für den, der sie unmittelbar erlebt hat, so charakteristisch, daß sie kaum mit irgend einem Zustand sonst verwechselt werden kann. Bei schriftlichen Äußerungen wird sie nicht ganz so deutlich, weil diese das Tempo und das müheselige Suchen nach dem Wort nicht wieder zu geben vermögen.

Viel weniger charakteristisch ist die Umständlichkeit, die bei senilen Personen aus der Unsicherheit ihres Gedächtnisses, aus der Urteilsschwäche und aus der Abnahme der geistigen Beweglichkeit hervorgeht (Polonius im Hamlet!), und die der Imbezillen, die nur deshalb breit sind, weil sie Wichtiges vom Unwichtigen nicht unterscheiden und alles für wichtig halten, was sie erlebt haben.

Beispiel: Imbezillität.

(Nach Mitpatienten gefragt.)

V? „Der Schlachter sagt zu mir, er wäre gesund und würde auch entlassen werden, aber seine Frau käme nicht, hat er mir gesagt, schon öfter; denn er wäre auch gesund. Ich erkläre ihn nicht für krank, wenn er mir gesagt hätte, er wäre auch gesund, und ich kann ja auch in sein Gedächtnis nicht hinein sehen, wenn er mir gesagt hätte, er wäre gesund, ich kanns ja auch nicht wissen, wenn er sagte, er wäre auch gesund, ich kanns ja auch nicht wissen, nicht?" W? „Sie meinen Schmidt Wilson, aber Schmidt Wilson, der sagte, er hätte doch, seine Brüder hätten ihn betrogen und da hat er mir gesagt, er wollte in der Sprechstunde, seine Brüder hätten ihn betrogen, von 20 000 Mark hat er mir erzählt, ich weiß ja nicht, hierbei bin ich ja nicht gewesen, und wo er mir gesagt hatte, er wäre ein beschwindelter und betrogener und verstoßener Mensch, er wäre nur dazu hergekommen, er wollte Unterkunft haben in der Anstalt und da wäre er schon hier über vier Jahre, so hat er mir erzählt, aber das kann ich nicht mal glauben, wenn er mir gesagt hatte, in einer Woche hatte er 2000 Mark verdient und das ist ein bißchen viel, meint Schlachter Voß, der muß es ja doch wissen, Mein Vater ist Bauer und da hat er mir gesagt, Schlachter Voß, er wäre doch auch Schlachter gewesen, und das könnte kein Schlachter verdienen, ich kanns ja auch nicht wissen, Schmidt Wilson hat das gesagt, er meint, er hat die ganze Welt zu Geld gemacht und da hat er in einem Jahr 50 000 Mark verdient, ich kanns ja auch nicht wissen und nun sagte er, er wäre auch gesund, er wär nun auch für geisteskrank erklärt, ein Arzt hat ihn hergebracht, so hat er mir erzählt, ich kanns ja auch nicht wissen, er war ja vorher in Rostock schon gewesen in der Klinik und noch auf einer Stelle noch in Rostock, hat er mir all erzählt, Schmidt Wilson, ja weiter weiß ich nun auch nichts von ihm zu erzählen, Schlachter Voß meinte, das wäre ein bißchen viel und denn mit das Schweineschlachten, er meinte, soviel könnten die Leute nicht verdienen mit dem Schlachten, er meinte, so 2000 Mark, so viel könnte kein Schlachter verdienen, der Bauer Wilson, er sagte, er wäre Bauer gewesen und sein Vater hätte eine Wirtschaft gehabt, ja das hat er auch noch gesagt, sein Vater hat die Wirtschaft schon Konkurs gemacht und da hat er bei die Bauerstelle viel Viecherei gemacht, ja das hat er auch noch gesagt, und dann hätte der Schultze im Winter seine Leute zusammenkommen lassen, und hat er gesagt, dafür müssen sie ihm zahlen und da hat noch Tannen gehabt, die hat er noch verkaufen müssen, und hat er noch weggegeben und das hat er auch noch gesagt, mehr weiß ich nicht von ihm zu erzählen, und von Schlachter Voß auch nicht. Schlachter Voß sagt, das könnte er nicht verdienen, mein Vater ist Bauer gewesen, das ist aber die Wahrheit, und er lebt noch, 84 Jahre, ist jetzt Altenteiler."

5. Schizophrenes Denken.

a) Zerfahrenheit.

Von allen bisher besprochenen Störungen des Gedankenganges grundsätzlich verschieden sind die der Dementia praecox. Bleuler hat bekanntlich neuerdings für dieses Leiden den Namen Schizophrenie vorgeschlagen, weil

er das wesentlichste Symptom der Psychose in der Spaltung der Persönlichkeit erblickt. Diese Spaltung trennt nun nicht bloß ganze große Teile des Seelenlebens, die schließlich gewissermaßen gar nichts mehr voneinander wissen, und von denen bald diese, bald jene „die" Persönlichkeit darstellt [1]). Wäre es so, so würden der Gedankengang und damit die sprachlichen Leistungen der Kranken in formaler Hinsicht Abweichungen vom gesunden Geschehen nicht aufzuweisen brauchen. Ein Patient z. B., den gerade wahnhafte Einbildungen beherrschen, würde in der Lage sein, sie in logisch befriedigender Form und mit klarer Diktion zu vertreten. In Wirklichkeit finden wir Anomalien der Verknüpfung der Vorstellungen bei längerer Beobachtung auch in leichten Fällen immer, und gerade dieses Symptom ist das Wichtigste, das wir bei der Dementia praecox bis heute überhaupt kennen.

Man kann nicht sagen, daß die Diagnose dieser eigentümlichen Denkstörung, deren Grundzug Kraepelin zutreffend als „Zerfahrenheit" bezeichnet, sehr schwierig ist. Im großen und ganzen wird jeder, der eine gewisse Anzahl von Dementia praecox-Kranken behandelt hat, Äußerungen, wie wir sie oft schon im Beginn der Erkrankung hören: „Man will meinen Frauenstolz aussaugen, mich zum Weibe herabwürdigen" (von einer Frau gesagt), oder „ich muß von Diogenes abstammen, weil Diogenes Menschen mit einer Laterne suchte, und ich das für Unsinn halte," sofort als typisch erkennen.

Woran wir scheitern, das ist lediglich die Beschreibung dieser Symptome, deren eigentlichen Ursachen wir trotz Bleulers klarer und geistreicher Analyse doch noch nahezu verständnislos gegenüber stehen. Hier ist es anders als bei der Ideenflucht und der Hemmung: unsere eigene normalpsychologische Erfahrung fördert uns gar nicht. Nur im Traum oder unmittelbar vor dem Einschlafen erleben manche Menschen ausnahmsweise eine Verknüpfung von Vorstellungen, die dem wachen Bewußtsein des Gesunden fremd, schizophrenen Gedankensprüngen aber ähnlich ist. So hat Lichtenberg, der Göttinger Philosoph und Physiker, von sich berichtet, es sei ihm in solchen Zuständen wiederholt „etwa ein Mann wie eine Einmaleins-Tafel" vorgekommen und die „Ewigkeit wie ein Bücherschrank." „Er müßte vortrefflich kühlen, sagte ich und meinte den Satz des Widerspruchs, ich hatte ihn ganz eßbar vor mir gesehen."

Das sind Assoziationen, die recht wohl auch von Dementia praecox-Kranken geliefert sein könnten. „Die Assoziationen verlieren ihren Zusammenhang; von tausend Fäden, die unsere Gedanken leiten, unterbricht die Krankheit in unregelmäßiger Weise da und dort bald einzelne, bald mehrere, bald einen großen Teil; dadurch wird das Denkresultat ungewöhnlich und oft logisch falsch. (Bleuler). Häufig werden auch neue Fäden geschlagen, die (wie in Lichtenbergs Beispielen) ganz heterogene Elemente verknüpfen. „Zwei zufällig zusammentreffende Ideen werden in einen Gedanken verbunden" und „Bruchstücke von Ideen in unrichtiger Weise zu einer neuen zusammengesetzt." (Bleuler).

Dabei bleibt die äußere, formale, logische Form, das von der Grammatik verlangte Gefüge gewöhnlich erhalten, und so ist für schizophrene Äußerungen

[1]) Übrigens hatte schon Wernicke in bezug auf diese Kranken von einem „Zerfall der Individualität gesprochen, weil die Patienten infolge der „Sejunktion" „gewissermaßen gleichzeitig aus einer Anzahl verschiedener Persönlichkeiten" bestünden.



spezifisch, daß der größte Unsinn in der Form der sinnvollen Rede vorgebracht wird. Ein Kranker wird nach einem Grund für irgend ein Ereignis gefragt und leitet nun mit einem „weil" eine Bemerkung ein, die mit der Sache gar nichts zu tun hat. Man vergleiche die nachstehende abgedruckte Unterhaltung, die mit dem Phonographen aufgenommen worden ist:

Beispiel:

„Weshalb hat man Sie hierher gebracht?"

„Herr Geheimrat, das liegt an dem Parkettfußboden, wenn man richtig zusieht, da ist da Fensterkitt drin. Das hat die Erkältung mitgebracht, und seit der Zeit, daß ich das Schuhzeug untersuche, kriege ich die Spritze."

„Sind Sie denn krank?"

„Ich bin nicht krank, nun, ich glaube auch nicht, daß die anderen krank sind. Es handelt sich bloß um eine ganze Umkrempelei von der ganzen Anstalt, mit der Porzellanfabrik, die Teller, die schon vor Christi Geburt gebraucht wurden. Damit, daß jeder, der eben in der Welt ist, der soll sich als Ehrenbürger ausweisen, und wenn er das nicht kann, so kippt er mit dem Kopf um."

„Warum haben Sie Ihre Schuhe ausgezogen?"

„Das ist wegen dem Leder, darum habe ich neulich nicht so recht sprechen können, weil doch da an dem Stuhl auch Leder ist, wenn es nämlich ausländisches Leder ist."

Namentlich impulsive Handlungen werden mit solchen Assoziationen häufig scheinbar psychologisch motiviert: so schüttet eine Kranke einer andern, die an ihrem Bette vorübergeht, einen Teller mit Suppe über den Leib und erklärt dann nachträglich: „Das Kleid hat eine schlechte Farbe gehabt." Eine andere Patientin war zu Hause aufgeregt gewesen und deshalb in die Anstalt gekommen; gefragt, warum man sie gebracht hätte, sagt sie: „Weil bei Wertheim die Spitzen nicht richtig eingepackt werden."

Denkstörung und Wahnbildung.

Gelegentlich führt die Störung auch zum Anschein wahnhafter Auffassungen, die in Wirklichkeit nicht bestehen. Weil ein Patient eingesperrt ist, hat es eben gedonnert, oder ist ein Kranker neben ihm gestorben. Auf die Frage, wo er sich befindet, antwortet er „In der Anatomie", weil sein Blick an der Wandtafel gerade auf das Wort Anatomie fällt. Solche Verknüpfungen sind, wie gesagt, zumeist ganz locker, aus dem Augenblick geboren und sofort vergessen, aber ausnahmsweise geben sie doch Anlaß zu abstrusen Wahnbildungen, die lange Zeit festgehalten werden. Auch dafür hat Bleuler ein typisches Beispiel mitgeteilt: die Frau eines schizophrenen Lehrers hat einen Schlüssel verloren; am nämlichen Tage hat ein Dr. N. die Schule besucht, also hat Dr. N. Beziehungen zu des Lehrers Frau. Oft merken übrigens die Patienten selbst, daß sie nicht mehr so denken können wie früher, und sie leiten dann daraus die Überzeugung ab, sie würden von „außen beeinflußt, ihre Gedanken würden ihnen „eingegeben", „abgezogen" usf.

Zerfall der Begriffe.

Eine andere Wirkung dieser Assoziationsstörungen auf den Bewußtseinsinhalt, die Überzeugung der Kranken ist gesetzmäßiger als die Wahnbildung und greift noch tiefer. Ganze Begriffe zerfallen, weil ihre Partialvorstellungen in fremde Verbindungen eintreten und so in den Begriff selbst auch fremde

hineinziehen. Viele unsinnige Behauptungen, die Schizophrene aufstellen und mit Hartnäckigkeit festhalten, müssen auf diese Weise erklärt werden. So erklärte einer unserer Patienten — bei dem übrigens tagelang keine schizophrenen Reaktionen beobachtet wurden — u. a.: „Ich habe keine Verwandten, keine Freunde, keine Liebe mehr; mein Herz arbeitet für sich, und ich habe keine Beziehung mehr zu meinem Herzen". Als weiteres, viel gröberes Beispiel mag die nachstehende Probe eines hebephrenen Doctor phil. dienen:

Beispiel:

Meine Mutter heißt Gust und ist die Tochter des Tischlermeisters Gust, der früher mein Sohn war und der eine Tochter des Generals Ziethen geheiratet hat, mit der er zwei Kinder zu mir gebracht hat, die nun später all diese merkwürdigen Verwandtschaftsverhältnisse hatten, die keiner weiter verstehen kann. Ich selbst muß zugestehen, daß wir der ganzen Institution nicht gewachsen sind, wohl aber haben wir einen Teil derselben und können uns mit ihm ganz gut unterhalten. Auch haben wir die Formel des Lebens, so daß wir ihr Wollen begreifen und auch ihre Hilfe. Sie wollen bloß, demzufolge müssen wir dasselbe ergreifen und bei uns behalten, nach unserem Geschmack einrichten und es verstehen, so gut es uns möglich ist. Mehr kann ich Ihnen nicht erzählen, je wunderbarer wir es herrichten, je besser ist es, und je weniger wir anfangen, je besser bekommt es. Daß wir alles nicht zu wissen brauchen, ist uns eine große Entlastung und Beruhigung und wollen wir auch gar nicht alles zu wissen bekommen. Nach Möglichkeit ungestört und ungepflegt, nach Möglichkeit höflich und zufrieden mit dem, was man uns gibt, so daß wir der Wirklichkeit folgen und ihr treu bleiben in der Wirklichkeit, so wirklich wir sie verstehen und so wirklich wir die Sache verstehen; doch leben sie auch von uns getrennt auf ihre Weise, so daß sie uns wunderbar und unerfahren vorkommen, als hätten sie « nicht ganz erlebt und als könnten sie es nicht gut begreifen.

Zerfahrenheit und Ideenflucht.

Die Eigenart solcher Produkte wird am besten klar, wenn man sie mit ideenflüchtigen Leistungen vergleicht. Es würde den Tatbestand nicht eigentlich treffen, wenn man sagen wollte, daß auch hier die Obervorstellung mehr oder weniger in Wegfall käme. In der folgenden Antwort eines Hebephrenen, der tatsächlich schlechte Zähne hatte und der im Anschluß an kriminelle Handlungen von der Polizei in die Anstalt gebracht worden war, läßt sich die Beziehung zur Frage durch die ganze Reihe, so zerfahren ihr Inhalt auch ist, hindurchverfolgen.

Beispiel:

„Weshalb hat man Sie hierhergebracht?"

„Das liegt an meinem Gebiß; an dem Oberkiefer hat mir vor zwei Jahren zu Ostern der Oberarzt einen Zahn rausgezogen, und ich hab ihn gleich gebeten und erzählt, ich bin beim Zahnarzt gewesen und möchte gerne, wenn ich könnte meinem andern Zahnarzt hier diesen rauszubrechen oder abzubrechen, und hat, als ich hierher sollte, erzählt, das könnte später vor sich gehen, und da hab ich erst Zahnschmerzen lange gehabt und meine anderen Zähne, die, wenn ich andere beobachte, andere Mitmenschen beobachte, daß die Zähne vielleicht vollständig vollzähliger sind, deshalb spreche ich auch etwas schlecht und kann die Zunge nicht so hinbringen, wie ich sie beim Sprechen gebrauchen muß, und hauptsächlich habe ich auch in der Schule gelernt zu viel fremde Sprachen, zu wenig fremde Sprachen auch jedenfalls, bis ich erst kuriert bin. Dann habe ich noch verschiedene Sachen, die ich auch vielleicht vorgebe, die ich noch nicht gemeldet hab, mehrere Flaschen Wein hab ich entwendet, und in Charlottenburg alle umgebenden Vororte von Berlin, die wissen wahrscheinlich gar nicht, wo ich bin und wo mein Paß ist, was die Hauptsache bei der ganzen Sache ist, das weiß ich aber auch nicht ganz genau, ob er in meinem Reisekorb ist, wie ich vom Schutzmann weggebracht bin, da in der Wohnung vorläufig gelassen habe,

und 100 Meter von der Wohnung ist ein Rollwagen gewesen, da war ein Kutscher bei, und den hab ich angefahren das Gepäck, Geldschein, was er braucht und seinen Koffer nach dem Bahnhof hin und hab ihm gesagt und gebeten, er möchte den Koffer solange aufbewahren, bis ich den Koffer wieder einlöse. Er fuhr aber nicht vors Haus, er hatte anders umgewendet, er fuhr in eine Nebenstraße und ich habe mich seitdem nicht um den Koffer gekümmert.

Ebenso enthält das nächste Beispiel immer noch einen gewissen gemeinsamen Gesichtspunkt, der allen Unsinn verbindet, und doch ist das Ergebnis von einem logischen Fortschreiten, einem zielbewußten, sinnentsprechenden Denken so weit wie nur möglich entfernt.

Beispiel:

Ich bin der Steuerrat, daß sich jeder 'ne Steuer verschafft im 9. Armeekorps, wo er seine Schulden verkauft hat und wo er sich verkauft hat seine Schulden, da hat sich jeder eine Stellung zu verschaffen, die Schiffe taugten gar nichts, er wüßte das. So hat sich ein jeder einzurichten, daß jeder im 9. Armeekorps bleibt. Aber die Teterower, die kommen wieder nach Belgien, in die Arbeitskasse, in dem Albrechtsregiment vom 9. Armeekorps, alle Schuhe sollen hier weg, alles, was hier von da hergekommen ist, hier tragen sie nicht solche Schuhe, solche sind hier nicht Mode. Denn Ihr wißt, Ihr habt es hier mit dem General zu tun, im ganzen deutschen Reich, über alle Armeekorps, nicht über ein Armeekorps, sucht euch solche Generäle aus, die dazu taugen und angelernt sind. Ich bin dazu ausgelernt, zu alle Armeekorps und nicht zu einem, ein Armeekorps kommandier ich nicht, ich kommandiere fünfe im Deutschen Reich, die anderen gehören anderwärts hin, nach Rußland und England, Australien, Amerika; im ganzen sind es 18.

„Das sieht so aus," sagt Bleuler von solchen Produkten, „als ob man Begriffe einer bestimmten Kategorie in einen Topf geworfen und durcheinander geschüttelt hätte und nun nach Belieben des Zufalls die einzelnen herausgriffe; sie durch grammatische Formen und einige Hilfsvorstellungen miteinander verbindend." Gerade darin liegt der Unterschied der Ideenflucht gegenüber, bei dieser tritt der leitende Gesichtspunkt ganz in den Hintergrund, und in schweren Fällen ist er nach kurzer Zeit vollkommen vergessen; dafür aber bleiben die Beziehungen von Glied zu Glied erhalten, ja häufig werden sie gerade durch das Fehlen der „Obervorstellung" eher noch durchsichtiger, als es im normalen Denken der Fall ist.

Bizarre Assoziationen.

Aber auch diese niederen Assoziationsprinzipien treten im schizophrenen Gedankengang keineswegs immer zurück. Auch hier sehen wir häufig ziemlich lange Reihen in Abhängigkeit von Klangähnlichkeiten, Alliterationen u. dgl. gebildet; nur sind die Assoziationen, die sich dem Kranken aufdrängen, fast immer ganz eigenartig und von denen manischer Patienten weit verschieden. Man kann sie wohl am besten als „bizarr" bezeichnen. Als Beispiele mögen zunächst zwei Gedichte schizophrener Patienten mitgeteilt werden. Aus Hölderlins Krankheit stammen die Zeilen:

Wir Menschen sind, so ist das Leben prächtig,
Die Menschen sind der Natur öfters mächtig,
Das prächtige Land ist Menschen nicht verborgen,
Mit Reiz erscheint der Abend und der Morgen.
Die offenen Felder sind als in der Ernte Tage
Mit Geistigkeit ist weit umher die alte Sage.
Und wenn das Leben kommt aus Menschheit wieder,
So sinkt das Jahr mit einer Stille nieder.



Natürlich werden die Verse noch schlechter, wenn sie ein ursprünglich poetisch nicht begabter Kranker hervorbringt:

Beispiel:

„Was soll noch dieses Lauschen,
Spannung trägts in Welt hinaus.
Es gibt kein falsch Aufbauschen,
Neu Werk trägt sich fein heraus.

In der Weite sich es rührt,
Stoffsamer, prächtiger Art,
Jung verrichten, aufgeführt,
Brutsam weidet sich am Staat.

In der Welt Lust'gens Gezaus.
Gehe auch, wirke umher;
Neue reift das eigne Haus
Und es weiß sich Jugend mehr."

Man sieht die Tendenz, nicht das Nächstliegende, sondern das Bizarre, das Ungewöhnliche zu ergreifen, eine Neigung, die auch in der Unterhaltung deutlich wird. Derselbe Kranke, ein finanziell unabhängiger junger Arzt, drückt den einfachen Gedanken, daß er keine Praxis ausübt, so aus: „Ich gehöre nicht zu denen, die von den Umwohnern gerufen werden zur Berufsausübung." Und ein anderes Mal meint er: „Es ist also beim Gemeinsamkeitsbetätigungsgefühl ebenfalls die absolute Größe entscheidend, welche sich häufig aus einer bestimmten Reihe von Faktoren zusammensetzt. Das Wahlrecht resp. die Wahlpflicht greift Fähigkeiten inne der sozialen Betätigung, dazu gehört die Achtung der Moral, dann die Möglichkeit des frei entschließenden Bestehens. wozu eine Fertigkeit der Anschauungsbildung gehört, dann eine Folgung der Gesetze". Ganz ähnlich schrieb Hölderlin einmal: „Daß der Mensch in der Welt eine höhere Geltenheit hat, ist durch Behauptungen oder Moralität anerkennbar und aus vielem sichtbar." Eine unserer Patientinnen, die sich den Zopf abschneiden ließ und 2,50 Mk. dafür erhielt, erklärte: „Ich freue mich, wenn das Vermögen sich mehrt, ich hatte wenig Zeit, um Schönheitssinn entfalten zu können, ich wollte einmal eine Veränderung." Eine andere, die ihren Arzt gewechselt hatte, begründete das: „Ich habe überhaupt einen anderen Gesichtskreis bekommen, seit ich in Breslau bin, wo ich die Steuern bezahle, da zieht man sich schon einen andern Arzt zu, der Ruhm ist schon ein wenig übertreffend."

So wird vor allem die äußere Form wunderlich und erscheint gesucht. Da sich aber die gleiche Tendenz nicht bloß auf die sprachliche Formulierung, sondern auch auf die inhaltliche Verknüpfung der Ideen bezieht, so kommt häufig ein Abspringen des Gedankenganges zustande, das ebenso typisch ist. „Kein Gesunder," schreibt Bleuler, „denkt an das Kristallwasser, wenn ihm das Wasser sein Haus fortschwemmt, und niemand an die Tragfähigkeit desselben für Schiffe, wenn er sich damit den Durst stillen will." Einer meiner (gebildeten) Patienten jedoch brachte einen Hohlspiegel über seinem Schreibpult an, um seine „Gedankenreflexionen" anzuregen. Solche Verbindungen sind bei Schizophrenen ganz an der Tagesordnung, und zwar auch dann, wenn ihnen nicht, wie es zuweilen bei der Hebephrenie vorkommt, die Absicht eines Witzes zugrunde liegt, mit dem sich der Patient über seine Umgebung lustig machen will.

Vermischung mit anderen Störungen. Ideenflucht.

Die Erkennung der bisher besprochenen Störungen wird nun dadurch erschwert, daß sich zu ihnen nicht selten noch andere Anomalien des Gedanken-



ablaufs hinzugesellen. Wir wissen heute, daß auch bei Dementia praecox-Kranken ebensowohl manische Perioden mit Ideenflucht wie Depressionszustände mit Denkhemmung vorkommen. In der älteren Psychiatrie ist so die Lehre von der sekundären Demenz entstanden. „Atypische" Manien und Melancholien endeten schließlich mit Blödsinn, und erfahrene Beobachter sagten diesen Ausgang mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraus, weil, von dem Verhalten des Affekts abgesehen, der Gedankengang von dem typisch-manischer Patienten doch in eigentümlicher Weise abwich. Heute ist es selbstverständlich, daß ideenflüchtige Kranke, in deren Sprache sich schizophrene Reaktionen mischen, prognostisch ebenso vorsichtig beurteilt werden müssen wie gehemmte, die gelegentlich durch bizarre Gedankenverbindungen überraschen.

Beispiel: Manische Erregung bei Schizophrenie. Andeutungen von Ideenflucht.

„Ich hab noch nicht viel Zeug auf dem Leib gehabt, ich muß mich begnügen, ich bin bereits über dreimal 365 Tage hier und muß mich bitte an den Gehörgang und Trommelfell, was hier wahrscheinlich sehr gut geheilt ist, und an dem Kopf vorbei; Herr Professor wissen wahrscheinlich nicht, daß ich oben eine Narbe habe, gerade über der Stirn, und daß ich auch in Zwistigkeiten komme mit Patienten, die bei mir eingehen. Da habe ich gemerkt, daß es vielleicht grade die Blutader gewesen ist, die aufgesprungen ist und bei anderen Personen da ist es gerade noch, daß ich es merken kann; das ist ja vielleicht möglich, daß es bei jedem nicht der Fall ist, daß er Geduld und auch manchmal, daß er zornig wird, aber ich muß auch bedenken, daß ich kenne den Anzug, den ich von Rostock mitgebracht habe, mit der Lokomotive Moltke, mit dem Zug, daß ich den ganz gerne hier behalten hätte, und auch die Unterkleidung, bei der eine Unterjacke und ein Unterbeinkleid und wenn ich nun hier rüber komm und ich muß an diesem Apparat (Parlograph) sprechen, dann studier ich mich auch die letzten Stunden; bis mir wieder was anderes in die Quere kommt, ich untersuch die Luftheizung oder ist es Wasserdampf und wo es liegt, da ist keine genügende frische Ventilation, kein Regulator (gegenüber hängt ein Regulator), nach dem die Regulation vielleicht alle halbe Jahre oder alle Vierteljahre, ich habe nun schon 'ne ganze Weile beobachten können, wenn ein Messingding (faßt einen Messingteil des Apparates an).... Ich bin scharf auf die Dienstmänner, wenn ich den blanken Schirm an die Mütze seh, und ich hab keine Arbeit gut, dann muß es aussehen, als wenn es die Feuerwehr ist und bei dieser Gelegenheit möchte ich mal meine rechte Hand an meine linke Hand abgeben und mal die Damenschneiderkunst für Herren und Herrenschneiderkunst für Damen ein Jakett applizieren lassen, was auf der entgegengesetzten Seite geknöpft wird.

Andere Komplikationen der Zerfahrenheit sind nicht (wie die Ideenflucht) zufällig und an vorübergehende Erregungszustände gebunden, sondern stellen an und für sich typische Symptome der Dementia praecox dar. Es sind dies die allgemeine Aufmerksamkeitsstörung, die Stereotypie, die Verbigeration und die Sperrung.

b) Aufmerksamkeitsstörung.

In der Aufmerksamkeitsstörung — übrigens der Punkt, an dem sich die beiden Kardinalsymptome der Krankheit, die Störung des Gedankenganges und die des Gefühlslebens, berühren — werden wir eine häufige Erscheinung der Dementia praecox noch kennen lernen. Die Kranken sind oft vollkommen stumpf und interesselos, nehmen keinen Anteil an ihrer Umgebung und geben sich nicht die geringste Mühe, eine ihnen gestellte Aufgabe zu lösen oder auch nur über eine Frage nachzudenken. Das alles muß in dem Inhalt ihrer Äußerungen schließlich zutage treten. Zumeist bleiben Dementia praecox-Kranke

in ihrem Gedankenkreis auch da, wo gesunde Menschen von ihrem Interesse für neue Eindrücke längst fortgerissen sein würden; sie sind gar nicht „ablenkbar". Vielleicht ist es diese Interesselosigkeit, die die Patienten so häufig an rein sprachlichen Zusammenhängen kleben bleiben läßt. Sie interessieren sich nicht für den Inhalt, und so erlangen die äußeren Bestandteile der Vorstellungen ein Übergewicht. Ihre Gedanken streben keinem Ziel zu, weil ihnen keines wichtig erscheint, und eben deshalb irren sie planlos in irgend einer zufällig eingeschlagenen Bahn, freilich mit eigentümlich bizarren Seitensprüngen, umher.

c) Steifheit.

Natürlich reicht aber diese Erklärung nicht aus, um die Zähigkeit zu erklären, mit der schizophrene Patienten so häufig nicht nur an einer Form, sondern auch an einem Inhalt festhalten. Dieser eigentümliche Mangel an Elastizität, den Bleuler Steifheit des Denkens nennt, muß vielmehr wieder als ein besonderes, primäres und sehr spezifisches Symptom der Dementia praecox aufgefaßt werden. Zwei Beispiele werden die Störung, die nicht bloß die Assoziationen betrifft, sondern der ganzen Persönlichkeit der Kranken ihren Stempel aufdrückt, besser klar machen als langatmige Umschreibungen. Eine meiner Patientinnen, die im Oberlehrerexamen einen englischen Aufsatz unter Klausur schreiben sollte, erwartete ein bestimmtes Thema, bearbeitete es zu Hause, lernte es auswendig und schrieb — als ihr im Examen tatsächlich ein anderes gestellt wurde — doch ihren Aufsatz nieder und gab ihn ab; noch heute verteidigt sie ihr Verhalten energisch. — Eine andere Kranke hatte sich darüber geärgert, daß ich ein von ihr mit Gabelsberger Stenographie geschriebenes Schriftstück nicht lesen konnte. Sie arbeitete seitdem wochenlang an einer stenographischen Fibel, in der hinter jedem Buchstaben mehrere Bilder, Verse etc. folgten, um den Buchstaben einzuprägen. Dabei ging aus der Wahl der Bilder und Texte die Gereiztheit gegen mich deutlich hervor, — nicht bloß das Denken war „steif", sondern auch der Affekt.

Das „steife" Denken wird nicht immer als krankhaft erkannt. Oft imponiert es lange Zeit als Pedanterie, als Schrulle, wie es in ähnlichen Formen auch von Sonderlingen durch berufliche oder häusliche Gewöhnung etc. erworben werden kann. Schizophrene Vorgesetzte und Lehrer können so ihre Umgebung zur Verzweiflung bringen, ohne daß die Diagnose überhaupt je gestellt würde. In allen Anstalten befinden sich Kranke, die in ihren Eingaben an Behörden etc. hinter jeder zufällig erwähnten Stadt, gewissermaßen in Klammern, den Bezirk, die Provinz, den Bundestaat nennen, jede Person immer wieder mit ihrem Titel belegen usf.

d) Stereotypien.

Das ist die erste Andeutung einer echten Stereotypie, deren feinste Anzeichen bei Dementia praecox-Kranken auf die Dauer selten vermißt werden; während grobe Äußerungen wenigstens bei den katatonischen Formen fast gesetzmäßig sind. Wieder ist die Störung nicht auf den Gedankenablauf beschränkt. Eine Haltung, eine Bewegung werden ebenso wie ein Wort festgehalten und immer wiederholt (vgl. Willensstörungen). Eine Patientin stampft nach jedem dritten oder vierten Wort mit dem Fuß auf und fügt ein: „herzlich

gern, der Gedanke", dann spricht sie weiter. Ein Kranker **Wernickes** gab stets die Interpunktion mit an: „Wenn ich spreche, Komma, so spannen sie mich, Punkt. Ich kann nicht anders, Semikolon". Und ein übrigens intelligenter Patient der Freiburger Klinik endlich hat durch viele Jahre hindurch ein dutzendmal am Tage — natürlich ohne jeden Affekt — die nachstehenden Sätze heruntergeleiert oder auch aufgeschrieben (vgl. Schriftprobe Abb. 2).

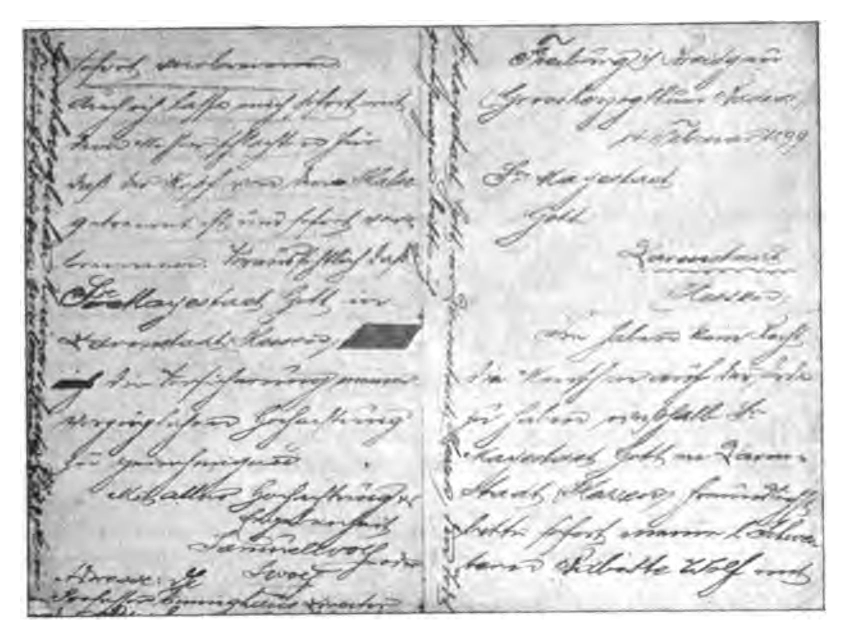


Abb. 2. Katatonische Stereotypie.

„Es ist der Tod für mich, ich lasse mir mit dem Messer sofort die Füße abschneiden, die Ohren abschneiden, die Augen herausnehmen, die Zunge abschneiden, den Säckel aufschneiden, die Steine herausnehmen, den Schwanz abschneiden, die Brust aufschneiden, die Lunge und Leber herausnehmen, den Kopf öffnen, das Gehirn herausnehmen, eine Rippe nach der andern Rippe herausschneiden, den Bauch an der Brust abschneiden und an dem Rückgrat abschneiden und bezahle dafür 200 000 Mark, außerdem lasse ich mich sofort schlachten und bezahle 320 000 Mark dafür."

Der Inhalt solcher Stereotypien entstammt zuweilen, wie auch in dem mitgeteilten Beispiele, den Resten von ehemaligen Wahnideen oder von Schimpfworten z. B., mit denen die Kranken ihre Umgebung belegt haben; noch häufiger knüpft er an eine zufällige Beobachtung — die bei anderen Kranken gesehene Haltung, ein gehörtes Wort — an.

Differentialdiagnostisch kommt eigentlich nur die Unterscheidung vom **Haften** in Frage und auch die ist gewöhnlich nicht schwer (vgl. oben S. 124). Bei der Stereotypie handelt es sich nicht um ein passives Nachdauern einer Idee bei mangelndem Zufluß neuer Gedanken, sondern vielmehr um das Erstarren, das Fixiertwerden einer Vorstellung, an dem wohl in erster Linie ihre motorische Komponente die Schuld trägt. Das eigentliche Innenleben, soweit von diesem noch die Rede sein kann, berühren übrigens auch die stereotyp gewordenen Gedanken wenig oder gar nicht, die den Niederschlag früherer

Verfolgungsideen etc. enthalten. Es gibt zahlreiche Kranke, die selbst die subjektiv unangenehmsten Inhalte ihrer stereotyp vorgetragenen Behauptungen längst nicht mehr empfinden und auch gar keine gedanklichen Konsequenzen an sie knüpfen.

Nicht ganz geklärt ist das Verhältnis der Stereotypien zu den Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, die bei Dementia praecox-Kranken namentlich im Anfang nicht ganz selten vorkommen. Möglicherweise haben diese Zwangserscheinungen stets von vornherein mehr motorischen Charakter und müssen somit als stereotype Handlungen aufgefaßt werden, die die Kranken erst sekundär durch „Zwangsvorstellungen" zu erklären suchen. Es kann aber auch sein, daß sich das Stereotypwerden des Gedankenganges in dieser Form zuerst äußert. — Differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen diese Fälle deshalb selten (vgl. aber S. 155 Anmerkung), weil gewöhnlich andere katatone Erscheinungen schon vorher oder gleichzeitig vorhanden sind. Zudem stellen sich die Patienten subjektiv zu diesen Vorstellungen anders als die eigentlichen Zwangskranken; niemals zeigen sie das Maß von Selbstkritik und niemals auch die Gefühlsbetonung, mit denen Psychopathen über diese Symptome sprechen.

e) Verbigeration.

Unter Verbigeration versteht man ein sinnloses Aneinanderreihen von Worten, das oft stunden- und tagelang wiederholt werden kann.

Beispiel:

1. Forte fix nach Verdun, Forte fix nach Verdun. Wo ist die Türe, wo ist die Türe, wo ist die Türe. Nu kiek ja Mensch, nu kiek ja Mensch. Wo ist der Himmel? Mein Kind, mein Kind, wo bist du? Weni qua este. Ochsen und Schweine, Ochsen und Schweine, Kühe und Pferde, Kühe und Pferde. Schweine, Schweine, und Kühe. Ich brukte das Unkraut. Ich brukte das Unkraut. Menschen und alles was es auf der Welt gibt. Was gibt es auf der Welt. Großer Gott, erhebe dein Kind. Ward mie der Kopf abrieten?

2. Ick möt arbeiten und möt Arbeit finnen und allwegens gibt es so viel zu arbeiten, und es gibt so viel aufzuwischen und ich werde überall abgewiesen. Es gibt in den Krankenhäusern so viel hübsche Mädchen, die arbeiten, ja ich kann nischt kriegen. Kinderfrau, Kindermädchen, in der Aufwartung machen, als Verkäuferin, ich will arbeiten und kann nischt kriegen. Ich liebe Großstadtleben, freien Platz, Kranken, Arbeits, Lehrmädchen, Frage, Antwort, Gesicht und Untersuchungsanstalt.

3. An das Kommando König Friedrich Wilhelm II Berlin,
zur Zeit Gehlsheim.
Nota für Geheimrat Gerlach, z. Zt. Gehlsheim.

Im Namen derer, die entlassen werden wollen, und im Hof laufen Ihre Gelder nicht haben in dem Schuhard Gerlach selbige an der Weiterreise hinderte kommen hin zu Verpflegungsgelder der Patienten unter Vorbehalt in Sachen derer wo wir als Berliner Stadtexpedienten ohne Nachsichten nicht gefährdeten Berlin sowie auf Straßen, Wegen und Plätzen Union Welt Reisebüro Unter den Linden 16 Firma Schultheiß Berlin F. Schult Filiale Norden Chausseestr. usw. hatten Ausgang vom Köpenick Ladengeschäft Schönerlinderstr. 11. Ware von da aus beglichen Emil Herrmann c. 100 000 Mark. Hermann Netzel ein 40 000 Mark. Hindenburg 40 000 Mark gerechnet. Kaution an Kayser 45 00 Mark. Glaubitz 1400 Mark. Steglitz und Möller Badendisch 400 Mark. 7300 Mark Zuschlag Spesen per Tag verzehrt, gleich bezahlt F. Schult jr.[1])

Verbigeratorische Reihen enthalten fast immer zahlreiche Stereotypien oder sie setzen sich überhaupt nur aus solchen zusammen. Von ideenflüchtigen

[1]) Jede Gruppe von Worten mehrere dutzendmal wiederholt.



Produktionen unterscheiden sie sich eben durch die Sinnlosigkeit ihrer Zusammensetzung, die sie überhaupt nur noch als den Ausfluß eines unabweislichen Sprechbedürfnisses auffassen läßt. Charakteristischerweise liefern, wie Stranskys Versuche gezeigt haben, gesunde Menschen ähnliche Leistungen dann, wenn sie aufgefordert werden, in sehr schnellem Tempo unter möglichster Ausschaltung ihrer Aufmerksamkeit in den Phonographen hineinzusprechen. Auch bei ihnen finden wir dann Stereotypien oder, wie man hier wohl richtiger sagt, Perseverationen, außerdem aber Ideenflucht. Darin liegt der Hauptunterschied zwischen dieser „normalen" und der katatonischen „Sprachverwirrtheit", denn bei dieser sind ideenflüchtige Reihen recht selten. (Daß sie vorkommen, wurde oben erwähnt.) Zudem unterscheidet sich die experimentelle Sprachverwirrtheit von der katatonischen stets quantitativ; einen rein schizophrenen „Wortsalat" (Forel) können gesunde Menschen schlechterdings nicht hervorbringen, an gewisse Assoziationsprinzipien und insbesondere an gewisse inhaltliche Verknüpfungen bleiben sie immer gebunden. Die Obervorstellung können wir bis zu einem gewissen Grade ausschalten und den Einfluß mancher Konstellationen wesentlich verringern; wir vermögen auch die inhaltlichen Zusammenhänge zugunsten mehr äußerer Vorstellungsverbindungen zurückzudrängen, aber so sprunghafte und bizarre Assoziationen wie der Schizophrene bringen wir doch nicht zustande. Während sich ideenflüchtige Reihen jederzeit theoretisch ableiten lassen, findet wohl jeder psychiatrische Dozent Schwierigkeiten, wenn er eine schizophrene Assoziation, für die ihm ein Beispiel im Moment nicht gegenwärtig ist, willkürlich konstruieren will. Man betrachte nur die folgende Probe einer katatonischen „Verwirrtheit", die gewiß kein Gesunder herzustellen vermöchte:

Beispiel:

„Was ist das?" (Ein von dem Kranken gezeichnetes Bild.)

„Das bin ich als Granitblock auf Neufundland mit der Zwiebelsauce."

„Wer ist der Herr?" (Arzt.)

„Ein Doktor, Kollege von mir."

„Sind Sie auch Doktor?"

„Ja, ich habe studiert, bin gepriesen nach Portugal. In Portugal also noch Auto nehmen sollten nachher, und die Studenten, die zogen sich solche blaue und weißgestreifte Jacken an und da schmiß sich das auf einmal alles im Galopp auf die Pferde, die liefen auch erst noch in die Menschen rein, die auch Galopp alle mit um die nach noch weiter zubringen, um den Pferden wird das gut tun, und der duftende Wein, Tischwein, nicht und die erlaubte Eitelkeit auf dem eigenen Garten, aber die Erdbeeren, damit sie auch hinter dem Rücken von starken Trinkern, die Punsch trinken.

Negativismus.

Schließlich greifen in den Mechanismus des Denkens bei der Dementia praecox häufig noch Störungen ein, die in das Gebiet der Willensstörungen, des Negativismus und der Sperrung, hineingehören. Der Negativismus in seiner reinen Form betrifft natürlich zunächst nicht sowohl den Gedankenablauf selbst, als vielmehr die Mitteilung dieser Gedanken nach außen, aber ebenso sicher muß der Ideengang wirklich in immer neue Bahnen geworfen werden, wenn ein Kranker zielbewußt daneben redet. Deshalb sind wir praktisch selten imstande, dieses Danebenreden vom Danebendenken zu unterscheiden. Beide Störungen wurzeln wahrscheinlich in demselben Boden, und ob schizo-

phrene Gedankensprünge gesucht sind oder bloß gesucht erscheinen, werden wir im Einzelfalle nicht oft feststellen können — genau so wie wir häufig nicht wissen, ob ein Katatoniker nichts sagt, weil er nichts denkt, oder ob er das, was ihn beschäftigt, nicht aussprechen will.

Die Schwierigkeit wird noch größer, wenn die läppische Erregung und das alberne Selbstbewußtsein hebephrenische Patienten veranlaßt, ihre gute Laune und das Gefühl ihrer Überlegenheit an ihrem Gegenüber auszulassen. Sehr lehrreich ist in dieser Hinsicht wieder der Vergleich mit manischen Kranken, die sich ja aus ähnlichen Motiven noch häufiger über andere lustig machen. Auch ihnen wird die Ausführung dieser Absicht durch das Fehlen eines leitenden Gesichtspunktes in ihrem Denken erleichtert, aber sie sind doch an viel festere Bahnen gebunden als Dementia praecox-Kranke, die durch logische Widersprüche ebensowenig aufgehalten werden wie durch die offenbare Unrichtigkeit tatsächlicher Behauptungen. Wer männliche Personen mit einem weiblichen und weibliche mit einem männlichen Namen belegt, nur weil es ihm im Augenblick so einfällt, und Begriffe auseinanderreißt, deren Bestandteile dann die Brücke zu einer ganz neuen Gedankenreihe liefern, der produziert natürlich leichter als ein anderer, der in logischen Erwägungen dauernd Widerständen begegnet.

Sperrung.

Ganz anderer Art ist die Rolle, die die Sperrung im Gedankengang der Schizophrenen spielt. Ist sie ausgesprochen, so versiegt der Gedankenstrom für mehr oder minder weite Zeitstrecken überhaupt ganz, und das Ergebnis ist bei langer Dauer ein Stupor; in leichteren Fällen aber reißt nur dieser oder jener Gedankenfaden plötzlich ab, und so entsteht eine Pause im Denken, die erst nach einiger Zeit, und zwar gewöhnlich ohne Rücksicht auf die zuletzt erlebten Gedanken, beendigt wird. Vielleicht besteht darin ein gewisser innerer Zusammenhang zwischen dieser Störung und der Zerfahrenheit; möglicherweise kommen manche bizarre Verbindungen eben dadurch zustande, daß das normale Fortschreiten durch die Sperrung unterbrochen wird. (Vgl. auch S. 145 über die Analogie zur Traumsprache.)

Der Unterschied von Sperrung und Hemmung (Kraepelin) ist in dem der Physik entnommenen Namen gut ausgedrückt. Der Lauf eines Rades wird gehemmt durch eine Last, die es in Bewegung zu setzen gezwungen wird; je nach der Größe der Last ist die Hemmung groß oder klein; gesperrt aber wird die Bewegung des Rades durch eine Vorrichtung, die seine Umdrehung überhaupt verhindert; hier gibt es nur ein Entweder — Oder: wird die Sperrvorrichtung beseitigt, so ist das Tempo der Bewegung normal. Bei gehemmten Kranken lösen sich die Vorstellungen langsamer ab, und das Denken vollzieht sich unter dem subjektiven Gefühl der Erschwerung. Bei der Sperrung wird plötzlich ein bis dahin in seinem Rhythmus nicht veränderter Gedankengang verlegt, wie wenn eine Schleuse den Lauf eines Flusses momentan aufhält und staut.

Übrigens wird dieses Vorkommnis von den Kranken auch subjektiv nicht selten empfunden; sie klagen darüber, daß ihre Gedanken verstopft seien, still stehen müßten, und sie machen sehr häufig fremde Einflüsse dafür verantwortlich; die Gedanken werden ihnen fortgenommen, abgezogen, oder aber sie

werden gezwungen, Unsinniges zu denken, fremde Gedanken werden ihnen eingegeben [1]); sie fühlen also, daß der natürliche Ablauf der Ideen in gesunden Tagen ein anderer war.

Bleuler ist der Meinung, die Sperrung träte insbesondere dann ein, wenn gefühlsbetonte Komplexe berührt würden. Die meisten Psychiater haben sich von der Richtigkeit dieser Auffassung bisher nicht überzeugen können, und gewiß bedürfen Deutungsversuche bei einem so komplizierten Krankheitsgeschehen der allergrößten Vorsicht; aber das ist gewiß richtig, daß solche Sperrungen bei ein und demselben Kranken keineswegs immer und nicht in allen Gedankenreihen auftreten. Wer hier überhaupt psychologische Erklärungen sucht, wird zum mindesten den von Bleuler eingeschlagenen Weg nicht für ganz aussichtslos halten dürfen. Es fragt sich nur, ob nicht physio-pathologische Erklärungen näher liegen.

Formen der Schizophrenie.

Schließlich seien noch kurz die einzelnen Untergruppen der Dementia praecox, die wir heute hergebrachtermaßen zum Zwecke der gegenseitigen Verständigung unterscheiden, auch in diesem Zusammenhange gesondert betrachtet. Das Prototyp der schizophrenen Denkstörung, das zerfahrene Denken, finden wir in seiner reinsten, wenn auch häufig in leichter Form bei den Kranken, die man wegen des Fehlens aller stürmischen Krankheitssymptome unter der Bezeichnung der Dementia simplex zusammengefaßt hat.

Als Beispiel mögen die folgenden, durch immer wiederholte Fragen extrahierten Angaben eines jungen, unverheirateten Bürogehilfen dienen:

„Er sei seit 4 Jahren zur Erholung hier, wegen Körperschwäche. Im Irrenhaus sei er, weil er geisteskrank gewesen sei, diese Krankheit habe sich eben in Körperschwäche geäußert. Es würde am besten sein, wenn er vorläufig — vielleicht noch mehrere Jahre — hier bliebe. Später wollte er Rechtsanwalt oder Senator werden. Seine Vorbildung reiche zwar noch nicht aus, aber er müsse dann eben „irgend ein" Examen machen. Dazu müsse er wohl hier fort, also könne er ja gleich morgen gehen. Auch Postdirektor möchte er werden. Ja, was — ob Senator etc. — er eigentlich würde, sei ja auch gleich. Heiraten wolle er auch, und zwar „seine Frau"; das sei Frau Dr. X., die er gut kenne, mit der er aber allerdings noch nie „persönlich" gesprochen habe. Wenn die ihn nicht wolle, werde er seine Schwester heiraten. Das sei „unter Umständen" zulässig. Kinder haben „wir" auch, 5 oder 7 glaube er. Die „Wir", das seien er und die andern; „Sie zum Beispiel sind ja auch da."

Sehr typisch ist auch der folgende Brief eines gebildeten jungen Mädchens:

Beispiel:

Liebe Eltern! Schickt mir bitte Geld, daß ich wieder ins Elternhaus zurück kann für einige Tage. Wie ich nach Waren kam. Ich hätte ein Mädchengymnasium besuchen müssen. Ich hätte Diplomingenieur werden können. Ich bin ein Drache vom Lukas Kranach. Mutter, Du hast mich verrückt gemacht, Dein Vater mit seinem Trotz gegen den Großherzog. Großmutter saß auf dem Geld und gab es nicht mir, ich hätte damit mehr anfangen können als der dumme Bankier Lommermann. Ich kann jetzt ja ungefähr Knecht werden. — Diese blödsinnige Minna hat ja unser Haus ungefähr zur Wartburg gemacht und sich meine Stellung als Haustochter angeeignet, ich hätte mit Freuden Wassereimer geschleppt und hätte mich dann als Christin weiter entwickelt. Jetzt bin ich verloren, warum habt ihr mich nicht ausschlafen lassen. Sowie ich gesund gewesen wäre, wäre ich zum Revierförster gezogen und hätte da gründlich die Wirtschaft gelernt und dann hätte

[1]) Autochthone Ideen Wernikes.



ich in der Ansiedlungskommission mithelfen können, müssen. Jetzt ist es zu spät. Du mußt mich erschießen. Gruß Else.

Ich habe Vergiftungsversuche angestellt, bitte macht mich nicht zur Jungfrau. Eine kleine Unehrlichkeit hat mich in den Sumpf gezogen.

Ich will Dragoner werden!

Bei der Hebephrenie wird diese Grundstörung, die absolute Verantwortungslosigkeit des Denkens, durch die läppische Heiterkeit, durch die Neigung zu Witzen, zu großen Worten und schwülstigen Wortverbindungen, durch den Ehrgeiz, mit überraschenden Geistesblitzen zu imponieren, oder aber durch die Reflexe hypochondrischer oder melancholischer Wahnbildungen kompliziert.

Beispiel:

„Ich habe mir zum Grundsatz gemacht, und zwar habe ich diesen Grundsatz von einer großen Persönlichkeit, die ursprünglich in Mannheim war, seinerzeit aber erst in Freiburg gewesen war, vis-à-vis von uns gewohnt, viel Unglück durchgemacht, infolgedessen auch der Verstand sehr gewichst wurde. Und dieser Mann, dem verdanke ich meinen Grundsatz, der hat mir letztes Jahr zugerufen, diese Worte haben mich sehr, sehr gedrückt, aber ich habe sie runtergeschluckt und hab sie verdaut, und sie werden bleiben, es sind die Worte des größten Philosophen aller Zeiten gewesen, werden auch die eines noch größeren Philosophen sein; vielleicht ist er da, vielleicht kommt er erst, vielleicht überhaupt nicht mehr. Das Spiel von der brennenden Kerze. — Die Kerze brennt ab, verzehrt sich, sie tut den Dienst, beleuchtet andere — nun gut! Ich will anderen dienen und leuchten, indem ich mich selber verzehre. Und dieses Selbstverzehren und dieses anderen Dienen und Leuchten und dieser Wille dazu, von dem Schopenhauer sagt, daß er die ganze Welt, überhaupt jede Vorstellung bedeute, von dem er sagt, daß er überhaupt nicht begrenzt werden kann mit dem Verstand, sondern daß ihn nur eine Kritik begrenzen kann, möge es nun eine Kritik sein, welche sich an die reine oder an die praktische Vernunft oder an die Kritik der Urteilskraft anschließt. Aber eine Kritik kann niemals vollkommen sein, das liegt in der Natur genau so, wie das Abbild der Natur, der Mensch selbst, überhaupt niemals vollkommen sein kann; das ist ebenso ausgeschlossen, als wenn ich einen Becher austrinken wollte und von unten anfangen zu trinken, wo überhaupt gar kein Loch ist. Diese ganze Philosophie, diese ganze Erziehung, dieses ganze pädagogische Bild, das man ebensogut auf Christus übertragen könnte, und das ebensogut dieser größte Pädagog aller Zeiten, der einmal gesagt hat: werdet wie die Kinder, gesagt haben könnte, dieser Grundsatz wäre gut am obersten Stockwerk der medizinischen Weltklinik als Deckmantel angehängt zu werden. Ich will anderen dienen und leuchten, indem ich mich selbst verzehre. Wie ist leuchten und sich selbst verzehren möglich? Meine Herren, ich sage, als Mediziner sage ich: nur durch eine ganz unverschämte assoziierende Ideenflucht: wann kann überhaupt nur Großes geleistet werden? Antwort: Durch Ideenflucht. Die natürliche Folge, das Gesetz, die Urkraft; nun, andern dienen und leuchten ist ja nicht jedermanns Sache; nun aber meine Sache wird es jedenfalls sein, wenn ich das tue, so hoffe ich, daß man mir mit irgend einer guten Absicht entgegenkommt und diese Absicht so verschlimmert, daß man hintennach sagen muß: der Mann ist ein ganz guter Schauspieler, aber er kann mir gewogen bleiben. Ich möcht damit nichts zu tun haben. Nun, dieser Grundsatz: ich will andern dienen und leuchten, er möge für die Zukunft, wie gesagt, gelten, er möge als Deckmantel für sämtliche medizinische Kliniken im obersten Stockwerk angehängt bleiben, und wenn dies der Fall ist, dann kommen sie, die großen Zeiten. Die äußere Mission hat dafür gesprochen, schon die äußere Masse wird die innere Masse erdrücken, mag der Kern noch so gut sein, die Masse wird eben immer die schwerere sein, die größere Masse muß der einen Wagschale nachgeben, die kleinere muß zugeben. Zugeben und nachgeben sind wieder zwei Worte, oder ein Wort, besser gesagt zwei, eins sind ja alles nur Phrasen, ist alles nur Masse, ist alles nur Verstandeszeug, ist alles nur.... solches Zeug, was eine Materie hervorbringt, der Verstand ist ja gar nichts anderes als das Abbild des Gehirns; was ist das Gehirn..... ist eine Masse Materie; es gibt schlechterdings überhaupt keinen Geist, der Geist ist ja nur ein Produkt des — des Sprachorgans des Menschen. Was ist das Sprachorgan? Wenn wir diese Sachen alle betrachten, müssen wir sagen: der Mensch, der so herumläuft, ist ja nichts anderes als ein schweigendes Gold oder ein redendes Silber, vergleiche das Gold in der Kehle des Sängers, vergleiche sein Silber in der Tasche, vergleiche

die Welt, vergleiche das Lied: Gold und Silber lieb ich sehr, vergleiche die weisen — Masken, — die herumlaufen.

Sämtliche Philosophie ist nichts anderes als ein Wichskasten für den Verstand, infolgedessen... Blödsinn; vergleiche Kant, vergleiche Wagner, in Klammer: Schopenhauer; vgl. — Wallybruch; — vgl. mich.

Also gut — den Witzkasten für den Verstand! Was heißt Verstand? Verstehen! Was heißt verstehen? Leere Worte! Leerer Schall! Was ist Schall? Luftschwingungen! Was ist Luft? Vergänglich! ewig! Nichts. Und Nichts ist das Nirvana, Unsinn, Blödsinn, Glück, alles, Unendlichkeit! Indes, was wir überhaupt sagen wollen, es ist ja alles Worte, „drum eben haltet euch an Worte, mit Worten läßt sich vortrefflich handeln", Goethe, Faust.

Also um auf Voriges zurückzukommen: Nietzsche, der Übermensch — was heißt wieder Übermensch? Christus war Mensch; als Mensch über den Menschen, drüber war er Gott — Übergott oder Gott oder Gottheit — Übergott ganz egal — das ist vollständig gleichgültig. Die Unendlichkeit wird begrenzt; Null gleich Null oder Eins gleich Eins oder wie oder — Ja wir habens Essen schmeckt gut — was kann man denn zu rasch essen? — Was den Dichternamen Walierns — anbetrifft, so ist das der Name desjenigen Mannes, der sich anmaßt zu sagen, daß er der größte philosophische Gauner der ganzen Welt ist. Dieser Name heißt Waliern, Doppelname: Waliern; i in der Mitte, Wal vorne vgl. Grenzwall in Klammer, und ernst isch hinte; so siehts so aus, als ob ihn ernst wär, hä? Ja Ernst, der Schein, Pfui und so weiter! Alles Unsinn, Blödsinn, alles vergänglich, alles nichts und nichts ist das Nirvana. Ich bin fertig, ich habe gesprochen, ich danke!

Also da bin ich, Gott helfe mir, ich kann nicht weiter, nu mal weiter! Also — — — vom Dienst davon gesprungen — — den Pfarrer angepumpt um Geld und damit sechsmal so viel gemacht als es ursprünglich war. Hat sich wohl dann naturgemäß und hab ich mir natürlich wieder was Schönes eingebrockt das muß ich natürlich wieder ausfressen. Nun, — — — — dieser Fraß, der war sehr gut, aber ich hab'n nicht gleich verdaut. Bin ich halt unter lange Verdauungsumstände und Magen nach Freiburg gekommen; und da bin ich rausgelaufe in — — — in so'ne Doppelzelle — — — — da — — — — die eine Zelle is 'n bißl kleiner, aber se is viel schöner wie die andere, die eine Zelle paßt eigentlich mehr für mich allein, da g'hör ich obe drauf gesetzt, das heißt, ich nicht selber, aber 'n Abbild von mir wenigstens; und unte drunter da sitze die andere, die müsse immer denken da obe sitze einer, der haut uns aufs Dach. Die andere die g'fällt mer auch ganz gut, bloß: hat des Kind 'n verkehrte Name, das heißt immer Psychiatrische Klinik, vielmehr besser war: medizinisches Staatsgefängnis oder Vorgefängnis für das medizinische Zukunftsgefängnis. Der Deckmantel ist: .... gut genug um das Schönste als schlecht erscheinen zu lassen.

Beispiel 2:

Das Lied von der dicken Berta oder eine bewegte Vergangenheit.

Ich trieb mich nachts wie tags umher
Zerrissen und zerlumpt.
Ich liebte alle Weiber sehr
Und hab' auch mal — gepumpt!

Ich war in manchem Städtchen drin,
Hab' Schulen viel gesehn',
Doch kam mir niemals in den Sinn,
Die Röcke umzudreh'n!

So macht ich mein Examen denn
In Braunschweigs kleiner Stadt,
Doch niemals ich mich drauf besann,
Daß die Welt einen Stiesel hatt! — —

So ging die Sache denn ganz glatt,
Ein Weltkrieg stört mich nicht
Doch aß ich mich zu Hause satt
Und liebte manch Gericht! —

Bis mich die Lebenswelle warf
Ins heiße Irrenhaus.
Man riß sich meinetwegen auch
Vielleicht schon Haare aus! — —

So kam es, daß ich wieder zog
Ins schöne Baltenland,
Wo man mich dann noch einmal wog
Am stillen Warnowstrand! — —

Die Wage schwankte hin und her,
Doch kam sie wohl zur Ruh.
Man sehnt sich wohl nach manchem sehr,
Doch nie nach einer Kuh! — —

Bei der Katatonie überwiegen die Sperrung, der Negativismus, die Stereotypie und Verbigeration — je nach der augenblicklichen Gestaltung des Zustandsbildes.

Beispiel:

Aber die Seife, das soll den Tod bringen. Und das brachte meinen Bruder in den Tod und den Vetter Martin. Und den Rock sollte ich sehen, nein so einen Rock, das konnte ich nicht. Den Topf hatte ich bemerkt, warum den Topf?

„.... und hier war die Küche und hier war die Seife und Papier hab ich gehabt und hier war ein Arzt, und wer war der Arzt? Nein, ich konnte es nicht wissen, und darum sagt ich Golgatha, und es kam noch die Spritze, und was hab ich getan? Den Großherzog gerettet, und wovon kam das? Hexe sagten sie, Hexe mußten sie sagen".

Bei den paranoischen Formen endlich besteht zwischen assoziativen Störungen und Wahnbildungen ein Wechselverhältnis, dessen Analyse uns bis heute nur zum Teil gelungen ist. Wir sahen schon, wie bei der Dementia praecox Wahnbildungen gelegentlich auf dem Wege des assoziativen Kurzschlusses zustande kommen. Umgekehrt finden sich Niederschläge der Wahnvorstellungen in der Sprache und im Gedankenablauf. Die folgenden Beispiele mögen das deutlich machen.

Beispiel 1:

Mein Mann und mein Sohn, die wohnen in Rheinfelden, diese zwei Herrn. Wir wurden von Spandau nach Freiburg versetzt, und dann — bin ich da hereingekommen ohne es zu wissen. Es ist hier recht und gut, aber es bedarf jetzt wieder Zwecke zu orientieren. Deutschland ist ein schönes Land und im Bande des Konkursverfahrens und des Meeressturmes. Ja, so haben wir schon ein ganzes Jahr begonnen mit der Stammierung der Menschheit bezüglich. Mir ist bange um die Zeit, ich habe wichtige Arbeiten, ich bin eine Majestätsdame, die hat den Zweck fürs ganze Deutschland, in allen guten möglichen Teilen und der ganzen Menschheit ersonnen, und was ich ärztlich darunter verstehe, ist noch nicht in Vollendung; eine Majestätsdame gibt den ersten Rang der Ärzte an. Zuerst muß man die Gesundheit berücksichtigen, die Einladung der Verschlossenheit, bezüglich der Beatmung. So wurden die Vollmachten rekurriert und das ganze Land einig und dispensiert. Ehe das Jahr kam, besaß Deutschland einen hohen Orden, der sich nennt: „Prinzeß von Deutschland mit dem hohen Gottesorden, in der Nacht stehend." Vorstand ist der Kaiser und sein Schwiegervater und der Kronprinz, der seine ganze Zukunft bestellt. Mitglieder sind alle Königreiche, die haben den ersten Zweck, die erste Urkunde."

Beispiel 2:

„Wie lange sind Sie schon hier?"

Ich bin 167 Jahre hier in der Nervenheilanstalt zu Mecklenburg auf Anträge der Regierung. Nach meiner höheren Familiengeschichte, die hat die Schiffsbandelsgesellschaft in den Händen. Ich fühle mich sehr schwach, geisteskrank, das ist ja auch kein Wunder. Die Regierung hat mir Aushungerungsgeschichten auferlegt. Über Anstaltsgeschichten darf ich nicht sprechen, das hat der Landesfürst verboten.

Ich bin früher enthauptet worden, das wurde mir nicht mitgeteilt allerhöchsterseits. Ich habe da noch nicht die Ersatzinvasionspensionsrechte gehabt mit dem Prädikat, leben zu dürfen. Die Regierung rückt nicht raus mit der Sprache; ich bin ehrlich entrüstet darüber.

In den zuletzt mitgeteilten Proben tritt übrigens die Störung des Gedankenganges hinter der der Sprache zurück. Beide gehen natürlich ineinander über; es sei deshalb auf den betreffenden Abschnitt, der den vorstehenden in vieler Hinsicht ergänzt, besonders hingewiesen.

Zerfahrenheit und Urteil.

Auch auf die Bedeutung der Assoziationsstörungen für die Urteilsfähigkeit der Dementia praecox-Kranken soll erst später bei der Erörterung des

Demenzbegriffes eingegangen werden. Daß Störungen, wie sie in diesem Abschnitt besprochen worden sind, zu logischen Fehlschlüssen führen müssen, bedarf keines Beweises, und wenn trotzdem manche Autoren den Begriff der Demenz als einer intellektuellen Verblödung für die Dementia praecox ablehnen, so liegt das daran, daß alle diese Anomalien des Gedankenganges jederzeit auftreten können, aber nicht immer aufzutreten brauchen. Oft genug sind sie nur potentiell vorhanden, und so bleibt die Frage berechtigt, ob wir Menschen dement nennen dürfen, die zu Zeiten selbst schwierige Probleme prompt und richtig beurteilen.

6. Inkohärenz.

Das inkohärente Denken ist jedem, der sich zu beobachten versteht, aus seinen Träumen und gewissen Zuständen vor dem Einschlafen und beim Erwachen geläufig. Aus den exakten Feststellungen einzelner Forscher darüber ergibt sich, daß sich auch die Denkstörung des Traums nicht bloß auf die Abspaltung ganzer Komplexe, auf den kaleidoskopartigen Wechsel von Stimmungen und Gefühlen und auf die Durchbrechung der höchsten Gesetze des geordneten Gedankenganges, sondern sogar auf die Neubildung zusammengesetzter Worte (Kontaminationen) und unsinniger Satzverbindungen erstreckt. Als Beweis mögen die folgenden, von Kraepelin mitgeteilten Beispiele dienen: „Das Reinigen des Schlafzimmers war deswegen besonders schwierig, und dauerte länger, weil auf dem Korrekturbogen mitten auf der Zeile abgebrochen werden mußte." „Gefesselt an Armen und Beinen lassen sich alle Kranken dem Nachtstuhlgesetz unterordnen." „Das Mädchen sei bei solchen Gelegenheiten immer unangenehm akzeptnahme Trinkgelder." „Zu Zuchthaus zerstört" (verurteilt), „Zankgesellen" (Junggesellen), „Psypen" (psychische Typen).

Diesen Proben aus dem normalen Traum sei zunächst die Äußerung einer Kranken angeschlossen, die nach einer Lungenentzündung psychotisch geworden war. „Das Mundwerk ist wie Blei, die Sprache ist weg, die Schwäche hat irgendetwas im Körper losgelöst, das ist nun nicht gezügelt worden. Es ist etwas vorgegangen in meinem Körper; ich weiß nicht was. Meine Brüste sind blutlos geworden, sie können sich nicht allein helfen. Ich habe meinem Mann das ganze Vermögen in einen Topf geschmiert. Es ist gut, daß Sie gekommen sind, ich wäre sonst kein Weib geblieben."

Inkohärenz und Zerfahrenheit.

An allen Proben — und zwar am ausgesprochensten an den im Traum gelieferten — fällt ohne weiteres die Ähnlichkeit mit dem schizophrenen Denken auf, und wenn wir sie aus dem Zusammenhang reißen und ohne gleichzeitige Schilderung des gesamten Habitus mitteilen wollten, so würde nicht immer entschieden werden können, ob es sich um sprachliche Leistungen des Traumes oder eines Fieberdelirs z. B. oder um schizophrene Äußerungen handelte. Die gemeinsame Eigentümlichkeit besteht in der Verschmelzung heterogener Elemente zu einem Gedanken bzw. zu einer sprachlichen Form. Bei der Erörterung des schizophrenen Gedankengangs haben wir Beobachtungen Lichtenbergs erwähnt, die durchaus schizophren klangen. Diese Assoziationen waren aber

bei einem Gesunden vor dem Einschlafen aufgetreten, und wer sich gut beobachtet, wird Ähnliches gelegentlich bei sich selbst feststellen können.

So interessant diese Übereinstimmung des traumhaften und des zerfahrenen (schizophrenen) Denkens theoretisch auch ist, praktisch wird sie selten Schwierigkeiten machen, weil das Charakteristische bei der Dementia praecox — auch in den Fällen, in denen es zu einer spezifischen Veränderung der Sprache (s. dort) noch nicht gekommen ist — gerade darin liegt, daß so erhebliche Abweichungen vom normalen Gedankengang bei völliger Besonnenheit und ohne alle anderen Anzeichen einer ausgesprochenen Bewußtseinstrübung (Erhöhung der Reizschwelle, Neigung zu namentlich optischer Versinnlichung der Vorstellungen) vorkommen. Eine Ausnahme bilden nur die nicht ganz seltenen Fälle, in denen auch bei der Dementia praecox Bewußtseinstrübungen mit oder ohne Sinnestäuschungen auftreten. Diese Fälle, zu denen ein großer Teil dessen gehört, was früher als Amentia, akute halluzinatorische Verworrenheit diagnostiziert worden ist, vermögen wir bis heute in der Tat erst verhältnismäßig spät zu erkennen.

Sehen wir von ihnen ab, so verhalten sich besonders die Aufmerksamkeit, obwohl auch sie Störungen aufweist, die Auffassung und das Kombinationsvermögen bei der Dementia praecox durchaus anders als bei allen schwereren Bewußtseinstrübungen. Die Kranken sind viel aktiver und erwecken selbst in ihren sprachlichen Entgleisungen immer wieder den Verdacht, daß sie bei genügendem Anlaß auch anders könnten. Tatsächlich machen sie von Zeit zu Zeit sehr zutreffende Bemerkungen, die eine Auffassung und eine Kombinationsfähigkeit voraussetzen, die bei Bewußtseinstrübungen ganz ausgeschlossen sein würden. Dazu kommt das Verhalten der Merkfähigkeit, die bei Bewußtseinstrübungen mehr oder minder aufgehoben ist, während die Eindrücke bei der Dementia praecox häufig auch dann haften, wenn die Kranken scheinbar gar keine Notiz von ihnen nehmen.

Inkohärenz und Ideenflucht.

Aus anderen Gründen schwierig ist zuweilen die Abgrenzung der Inkohärenz von der Ideenflucht. Das liegt zum Teil daran, daß sich beide Symptome in ihren Wurzeln eng berühren, zum Teil aber auch an ihrem gelegentlichen Zusammentreffen bei denselben Psychosen. Dies Zusammentreffen findet sich fast gesetzmäßig, sobald sich die Inkohärenz mit sprachlicher Erregung verbindet, weil diese eine gewisse Form von Ideenflucht fast immer nach sich zieht (vgl. S. 112). Auf der andern Seite führt die heftige manische Erregung, wie wir gesehen haben, nicht selten auch zu einer gewissen Trübung des Bewußtseins.

Wir haben bei der Erörterung der Ideenflucht zwei verschiedene Entstehungsbedingungen dieses Symptoms kennen gelernt und ideenflüchtige Assoziationen außer aus einer seelischen Erregung auch aus der Erschöpfung hervorgehen sehen. Gemeinsam war beiden Fällen die Störung der Aufmerksamkeit, die freilich das eine Mal in einem rein passiven Erliegen den Vorstellungen gegenüber, das andere Mal in einem mehr aktiven, fortwährenden Wechsel des Blickpunktes bestand. Der Gedanke läge nahe, die Fälle der ersten Kategorie — einschließlich der „Ideenflucht" des Rausches — insgesamt zur Inkohärenz



zu rechnen und von Ideenflucht nur in den reinen Fällen einer schweren manischen Erregung zu sprechen. Tatsächlich läßt sich aber diese Unterscheidung (heute wenigstens) nicht durchführen, weil wir den sprachlichen Leistungen der Kranken im Einzelfalle ihre psychologische Entstehung nicht ansehen können. Wahrscheinlich ist das der Grund, aus dem wir „Ideenflucht" außer bei der Manie z. B. auch bei der Amentia und in epileptischen Erregungszuständen diagnostizieren. Sicher wird in vielen Krankengeschichten und Publikationen auch da von Ideenflucht gesprochen, wo ein ausgesprochen traumhaftes, inkohärentes Denken vorliegt.

Wollen wir den Unterschied zwischen Inkohärenz und Ideenflucht psychologisch zu definieren versuchen, so würde zunächst als gemeinsame Eigenschaft die hervorzuheben sein, daß der leitende Gesichtspunkt, die Obervorstellung nicht festgehalten wird. Aber schon hier hebt sich ein Unterschied heraus insofern, als den Gedankengang bei Bewußtseinstrübungen häufig ein und dieselbe Vorstellung beherrscht, die immer wiederkehrt und nur in in sich unzusammenhängenden Sätzen ausgesprochen wird. Bei der Ideenflucht haben wir im Gegensatz dazu einen fortwährenden Wechsel des Hauptthemas, während die einzelnen Glieder in sich folgerichtig entwickelt werden. Gemeinsam ist weiter, daß häufig in beiden Fällen das letzte Glied einer Vorstellungsreihe Anlaß zur Entwicklung einer neuen gibt. Aber während dieses Prinzip bei der Ideenflucht fast immer nur durch äußere Reize, durch die Ablenkbarkeit der Kranken also, unterbrochen wird, reißen bei der Inkohärenz die Gedankenfäden nicht selten aus innerer Ursache plötzlich und unvermittelt ab, und ganz neue, die auch mit den Vorgängen der Umgebung nichts zu tun haben, werden aufgenommen. Äußerlich tritt das in der Unmöglichkeit hervor, mit schwer Kranken dieser Art in psychischen Konnex zu treten, während eine Unterhaltung mit manischen Patienten doch erst in den Zuständen schwerster ideenflüchtiger Verwirrtheit endgültig scheitert.

Besser als alle theoretischen Überlegungen werden diesen Unterschied einige Proben inkohärenten Denkens zeigen:

Beispiel (Fieberdelir):

Denk mal, seit einer halben Stunde war ich tot, da kam der Perser und hat mich gestochen. Mein Knochen ist schräg durchschlagen. Ob unser Silberzeug alles verpackt ist. Nun streiten sie wieder alles, ich habe das neue Testament noch gar nicht gesehen von dem Schwiegervater. Alles tot. Ich möchte meine Kassette mal selbst sehen. Man liegt da unter solchem Drahtbett und wird durchstochen. Überall sind zerfetzte Fahnen ausgehangen. Mutter, hast du auch ein warmes Tuch? Ein roher Arbeitsmann hat hier gewaltet statt eines Chirurgen, mein Knochen — dafür will ich Entschädigung haben. Mir haben es die Leute ganz genau erzählt, wie es gemacht wurde. Du sollst noch einmal einen Kniefall machen. Es ist nicht so leicht, so jemand wie ich immer war. Ja, dann müssen Sie ja erst rausgebracht werden, eh' Sie gegen uns treffen. Ich muß notwendig nach Neukalen, ich hab keinen Schatz, ich habe einen Mann gehabt. Alles Geschwätz. Hier bin ich ja schon grau geworden. Daß wir nur noch vor Düstern heimkommen, eilen Sie doch, Gott, was Kopfschmerzen. Wenn ich wüßte, daß es lebte, mein Kind, ich will doch den Peter mal sehen. 9 Kinder hat meine Mutter, ich soll sie alle großmachen. Wir haben sie früher mal angepumpt, das Geld hat sie heut noch nicht wieder, daher all diese Scheußlichkeiten, die mir untergeschoben werden. Wann kommt der Doktor? Komisch, daß man mir vor dem Tode noch ein reines Nachthemd anzieht.

Beispiel (Pantopon + Bromvergiftung):

Schlafen Sie schon? Können Sie mal oben zwei Flaschen Bier holen? Für mich sind überall Nägel gestreut, wo ich laufen muß, damit ich wunde Füße bekomme. Früher

waren Sie anständiger, jetzt kann ich Sie nicht mehr leiden, alle Leute haben Sie verhetzt. Wenn die Beerdigung vorbei ist, bekommen Sie ihre 6 Mark, jetzt habe ich sie noch nicht. Ist der Kutscher hier? Meine Mutter ist wahnsinnig. Die Straußenfeder geben Sie unbedingt wieder her, verstanden? Das ist ein Andenken. Immer wieder kommt mein Mann aus dem Grab heraus; können Sie ihm nicht eine Spritze machen. Er muß in eine Anstalt gebracht werden; hier will man ihn erhängen. Diese Leichenschändigungen von diesen blauen Mädchen schreien zum Himmel. Ich hätte nur rechtzeitig mit ihm ein ernstes Wort reden sollen; dann wäre alles gut geworden.

Können Sie mir nicht ein eisernes Stück Blei geben? Ist das Neid oder was? Was kostet es? Furchtbar dick, blühende Schönheit. Habe ich sonst noch was hier zu bezahlen? Kannst du nicht eben schnell ein paar Bänder anbinden? Tut sich als Mutter Heiligkeit. Haben wir noch eine Seemannsnadel? Peter, du verbrennst, nehmen Sie ihn da fort, schnell! Ach, da sitzt er, das ist ja bloß seine Karre. Einige Leute habe ich aus dem Laden geholt, weil die Mäuse fortwährend am Telephon waren. Meinem Mann bin ich untreu gewesen, das ist aber noch wieder gut zu machen, nicht? Heute Nacht diese fünf Schiebereien. Die da hat so ein Stricknadelinstrument und einige 20 Markstücke von mir. — Ich bin schon zweimal für tot empfohlen, das vierte Mal Versicherung, beim vierten Mal blieb ich noch im Walde. Meine Mutter will ich rüber bringen in einer Kiste, da müssen mindestens beide Beine und ein Stück vom Kopf abgehackt werden.

Zwangsdenken [1]).

Begriffsbestimmung.

Den Tatbestand des Zwangsdenkens hat der Entdecker dieser Störung, Karl Westphal, so klassisch geschildert, daß wir unsere eigene Darstellung auch heute noch am zweckmäßigsten mit seinen (nur zu praktischen Zwecken ein wenig veränderten) Sätzen beginnen. Sie lauten: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund dominierend und meist auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden anerkannt werden."

Das Wesentliche des Symptoms ist also eine formale Störung des Gedankenganges; führt es überhaupt zu Fälschungen des Bewußtseinsinhaltes, zu Urteilsstörungen, so sind diese sekundärer Natur.

---

[1]) Die Analyse des Zwangsdenkens verdanken wir — neben Janet, Heilbronner u. a. — in erster Linie wiederholten geistreichen Arbeiten von Friedmann. Die scharfsinnigen Überlegungen dieses Autors haben die hier gegebene Darstellung erheblich beeinflußt. Da aber meine Ansichten von denen Friedmanns in manchen Punkten auch heute noch abweichen, und ich Friedmann somit nicht für jedes Stück meiner Besprechung verantwortlich machen kann, so muß ich mich begnügen, seinen Namen hier einmal zu nennen, anstatt ihn an jeder einzelnen Stelle, deren Inhalt ihm gehört, anzuführen. Im übrigen werden diejenigen Leser, die die zwischen Friedmann und mir geführte Diskussion über das Thema verfolgt haben, ohne weiteres erkennen, daß ich seit dem Jahre 1906 den Ansichten dieses Autors einigermaßen näher gekommen bin.

(1914): Inzwischen hat auch Friedmann (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 21. 333. 1914) seinen Standpunkt geändert und meinem ursprünglichen genähert. So scheint mir jetzt kaum noch eine merkliche Differenz zwischen unseren Anschauungen zu bestehen.



Heute kann man die Zwangsvorstellungen vielleicht definieren als „dominierende Vorstellungen, deren auch vom Patienten als krankhaft empfundene Unverdrängbarkeit durch die gewöhnlichen, normalpsychologischen Anlässe der Dominanz (Stimmung, Gefühlsbetonung, Abschlußunfähigkeit) nicht oder doch nicht ausreichend erklärt wird;" dem ist für manche Formen noch hinzuzufügen: „und deren Inhalt der Kranke bei ruhiger Überlegung aus logischen Gründen ablehnt."

Analyse.

Das Verständnis dieser Krankheitserscheinungen wird somit an das anknüpfen müssen, was früher (S. 107) über dominierende Vorstellungen gesagt worden ist. Wir bezeichneten mit diesem Namen Gedanken, die unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten und deshalb als störend empfunden werden. Sie drängen sich in den Vorstellungsablauf und lassen sich nicht ablehnen, obwohl wir es wollen. Eben dadurch erzeugen sie das Gefühl der Unfreiheit, das Gefühl des Zwanges [1]).

Auch das hörten wir schon früher, daß dieser subjektive Zwang allein, daß das Dominieren der Vorstellungen an sich noch kein Krankheitssymptom darstellt. Das ist der Grund, aus dem schon Westphal in seiner Habitusbeschreibung den Nachdruck auf das negative Kriterium legte: daß das Zwangsdenken nicht etwa durch die gewöhnlichen, normalpsychologischen Mechanismen der Dominanz verursacht würde.

An diese gewöhnlichen Anlässe sei kurz noch einmal erinnert. Sie sind gegeben in bestimmten Stimmungslagen, im Gefühlston der Vorstellungen und in der Abschlußunfähigkeit mancher Gedankengänge. Durch diese Momente werden gewisse Vorstellungskomplexe (die wir überwertige Ideen nennen) zunächst objektiv zwingend und überwiegen quantitativ im Gedankengang. Dieser objektive Zwang braucht nicht notwendig zugleich ein subjektiver zu sein und als lästig empfunden zu werden; er wird es aber häufig, und wenn das der Fall ist, sprechen wir eben von dominierenden Vorstellungen.

Für die Differentialdiagnose der Zwangsvorstellungen ist nun besonders wichtig, daß dieser psychologische Mechanismus für pathologische Vorstellungsinhalte genau so — nicht mehr und nicht weniger — gilt als für normale. Ob es sich inhaltlich um krankhafte oder um normale Gedanken von starkem Affektwert handelt, macht für die Wirkung auf den Gedankenablauf nichts aus. Normale Gedankenkreise, deren Gefühlston überwertig geworden ist, — erinnert sei an Liebe, Eifersucht, Haß, Ehrgeiz, Hoffnung, an wissenschaftliche oder künstlerische Ideen [2]) — drängen ebenso stark an die Oberfläche des Bewußtseins, wie melancholische und hypochondrische Vorstellungen, wie die

---

[1]) Objektiv zwingend sind natürlich alle Vorstellungen, die überhaupt in den Blickpunkt des Bewußtseins treten, im Wettstreit der Gedanken siegen. In dieser Hinsicht besteht überhaupt nur der Unterschied, daß bestimmte Vorstellungskomplexe unter gewissen Umständen mehr Aussichten haben, bewußt zu werden, als andere, und daß alle kranken Ideen (überwertige und Wahnvorstellungen) aus inneren Gründen zu diesen Vorstellungskomplexen grundsätzlich gehören.

[2]) Aber auch ganz andere Dinge, wie der Ordnungssinn z. B., können überwertig werden („Reinmachteufel"). Vgl. darüber den Abschnitt „überwertige Ideen".

Verfolgungsideen der Querulanten und die Rentenwünsche der Unfallpatienten.

Somit hat es gar keinen Sinn, dieses Dominieren gefühlsbetonter Komplexe deshalb mit einem besonderen Namen zu bezeichnen, weil ihr Inhalt pathologisch ist [1]). Wenn melancholische oder hypochondrische Befürchtungen den Gedankengang vergewaltigen, so handelt es sich lediglich um die an sich normale Reaktion auf eine krankhafte Voraussetzung, die in der Stimmung, in Sensationen oder in einer krankhaften Überzeugung gegeben ist. Das ist kein Zwangsdenken, und um Ideen dieser Art, die noch nicht fixiert sind, von echten, unkorrigierbaren Wahnvorstellungen zu unterscheiden, genügt die Benennung als überwertige Ideen; will man aber die Verwandtschaft mit den Wahnideen und überhaupt den pathologischen Charakter dieser Gedanken schärfer betonen, so mag man, da überwertige Ideen auch bei Gesunden vorkommen, von schwankenden oder paroxystischen Wahnideen (Friedmann), von mobilen Wahnvorstellungen (Merklin) oder Wahnideen in statu nascendi sprechen. Melancholische und hypochondrische Befürchtungen, die noch keine Wahnideen sind, sind eben unabgeschlossene und abschlußunfähige Vorstellungen, und außerdem sind sie von starken Gefühlen begleitet. Jeder Mensch kann die Erinnerung an ein wirklich erlebtes Unglück leichter von sich abschütteln, als die Sorge um ein zukünftiges [2]), und für die formale Wirkung macht es gar keinen Unterschied, ob die Erinnerung oder die Sorge selbst Realitäten oder krankhafte Einbildungen zum Gegenstande haben. Auch paranoische Kranke, die gelegentlich angeben: nun, da sie über ihre Verfolgungen Gewißheit hätten, seien sie viel ruhiger, brauchten sie weniger an sie zu denken, verhalten sich darin genau so, wie der Gesunde, der ebenfalls die Spannung schwerer erträgt als die Enttäuschung.

Somit werden wir überall da, wo abnorme Stimmungslagen, affektbetonte Vorstellungen oder wo die Abschlußunfähigkeit einer Gedankenreihe das subjektive Gefühl der Unfreiheit beim Denken erzeugen, nicht von Zwangsvorstellungen, sondern nur von dominierenden Vorstellungen sprechen.

Was hebt also die Zwangsvorstellungen aus dieser großen Gruppe von dominierenden Vorstellungen als etwas Besonderes heraus? Um das aufzufinden, werden wir uns am besten zunächst an gewisse Erfahrungen erinnern, die vielen Menschen geläufig sind; denn auch dieses Symptom gehört zu denen, die sich bei feinerer Analyse bis in die Psychologie des gesunden Seelenlebens zurückverfolgen lassen.

Alle normal-psychologischen Motive der Dominanz, die wir kennen lernten, gelten doch nur relativ. Ein ganz rüstiges Gehirn beherrscht den Gedankengang auch unter schwierigen Umständen, denen ein schwächeres erliegt. In der Geschichte und im Leben bewundern wir die Personen besonders, die im tiefsten Unglück ihre geistige Energie und Arbeitsfähigkeit und die in drängender Gefahr ihre Besonnenheit bewahrt haben. Ganz gesunde Menschen können sich auch inmitten von Sorgen, im Anschluß an ein trauriges Erlebnis oder unter dem Eindruck einer freudigen Erregung zum klaren Nachdenken konzentrieren. Und wer nicht imstande ist, die Gedanken, die ihn bei Tag beschäf-

[1]) Wie dies leider Krafft-Ebing gewollt hat.

[2]) Man denke an die Angehörigen von Soldaten im Felde, auf die die Bestätigung der Todesnachricht oft wie eine Erlösung wirkt.

tigen, zur Nacht zu verscheuchen[1]), dessen nervöse Widerstandskraft, dessen Willensenergie hat eben Not gelitten. Natürlich handelt es sich dabei um eine Frage des Grades; sehr starke Anlässe werden auch sonst rüstige Naturen niederzwingen, und eine absolute Grenze zwischen gesundem und krankem Geschehen läßt sich hier wie anderswo nicht ziehen.

Physiologische Zwangsvorstellungen.

So gelangen wir zu dem etwas paradoxen Begriff der physiologischen Zwangsvorstellungen. Es kann jedem Gelehrten passieren, daß sich die Gedanken an seine Arbeit in störender Weise in Zeiten eindrängen, die der Erholung und dem Schlaf bestimmt waren; aber wenn es geschieht, werden wir doch eine Überarbeitung, eine nervöse Schwäche annehmen dürfen. Genau so müssen die von Kraepelin bzw. von Friedmann erwähnten Zustände beurteilt werden, in denen sonst gesunde Menschen des Nachts gezwungen sind, Reden oder Briefe zu formulieren, oder eine Diskussion, eine Schachpartie, eine Sonate noch einmal durchzudenken. Auch das Suchen nach einem Namen oder einer Zahl, von dem früher schon die Rede war, kann Zwangscharakter erhalten. Noch einen Schritt weiter ins pathologische Gebiet führen die sexuellen Zwangsvorstellungen, die im Pubertätsalter häufig zu sein scheinen. Auch diese Phantasievorstellungen werden zunächst willkürlich wachgerufen, und erst wenn ein dadurch entstandener nervöser Erregungszustand es zu keinem Einschlafen mehr kommen läßt, werden die Gedanken selbständig und lassen sich nicht mehr verscheuchen [2]). Ähnlich scheint es übrigens nervösen Individuen mit anderen Phantasievorstellungen auch zu gehen. Manche klagen darüber, daß z. B. lustbetonte Vorstellungen, wie sie etwa durch das Ausmalen von Luftschlössern ausgelöst werden, schließlich zwangsmäßig fortbestehen.

Zwangserinnerungen.

Eine andere häufige Form, mit der wiederum die meisten Gesunden ausnahmsweise einmal Bekanntschaft machen, besteht in dem zwangsmäßigen Auftreten von Melodien; nach einer durchtanzten oder durchzechten Nacht drängt sich die Erinnerung an einen Gassenhauer, einen Walzer oder ein Kommerslied immer wieder in das Bewußtsein — ein ganz reiner Fall von formaler Denkstörung, bei dessen Zustandekommen weder die Gefühlsbetonung noch die Abschlußunfähigkeit irgend eine Rolle spielen. Hitzig hat aber wohl mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß diese Form schon in das Gebiet der Sinnestäuschungen herüberspiele.

Im übrigen zeigen gerade ausgesprochen pathologische Zwangserinnerungen, daß die negativen Kriterien, die Westphal für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen aufgestellt hatte, nicht mißverstanden werden dürfen. Westphal hatte behauptet, die Zwangsvorstellungen kämen nicht durch einen gefühls- oder affektartigen Zustand zustande, und er hat damit nichts

---

[1]) So ist Bismarcks Vorwurf gegen Friedrich Wilhelm IV. (während der Revolution 1848) zu verstehen: „Ein König muß schlafen können."

[2]) Natürlich kann man auch hier von einer Abschlußunfähigkeit sprechen und darauf verweisen, daß manche Patienten dieser Art schließlich masturbieren, um Ruhe zu bekommen. Aber der Zusammenhang dabei ist doch wohl mehr ein mittelbarer.

anderes gemeint, als daß zwischen der Entstehung von Zwangsvorstellungen auf der einen und von überwertigen Ideen, also von hypochondrischen oder melancholischen Befürchtungen etc., auf der anderen Seite scharf unterschieden werden müßte. Nun erwachsen aber auch Zwangsvorstellungen ganz gewöhnlich auf dem Boden einer schon vorher vorhandenen gemütlichen Depression, und Zwangserinnerungen treten am häufigsten in der Form auf, daß stark gefühlsbetonte Erlebnisse immer wieder vorgestellt werden müssen. Darin verhalten sich, wie wir sehen werden, manche überwertige Ideen ganz ähnlich, und in der Tat gibt es hier Übergänge. Der Unterschied in den reinen Fällen ist aber der, daß sich der Kranke mit der überwertigen Idee identifiziert, mit der Zwangsvorstellung dagegen nicht. Über die überwertige Idee wird nachgedacht, sie wird diskutiert; die Zwangsvorstellung wird nur gedacht, der Kranke macht gar keinen Versuch, sie zu assimilieren, er sucht sie einfach abzulehnen, aus seinem Bewußtsein auszuschalten. So muß eine Dame meiner Praxis stets an das Zusammenbrechen ihres Vaters denken, der auf einem Spaziergang neben ihr einen Schlaganfall erlitt, eine andere an einen Erhängten, den sie zufällig im Walde fand. In beiden Fällen ist der Affekt sicher die Hauptursache für die Entstehung des Zwangsgedankens gewesen, und in beiden besitzen natürlich die Zwangsvorstellungen selbst einen sehr lebhaften Gefühlston. Trotzdem spielen sie im Bewußtsein nicht die Rolle, die der überwertigen Idee zukommt, die Rolle eines Unglücks, mit dem sich schwächliche Naturen zuweilen nicht abfinden können und über das sie deshalb immer wieder nachgrübeln. Der Tod des Vaters in dem einen der erwähnten Fälle betrübt an sich die Patientin nicht mehr, als es bei anderen Menschen nach so viel Jahren auch der Fall zu sein pflegt, und nicht der Gedanke an den erlittenen Verlust ist es, der sie beschäftigt, aber an das plötzliche Hinstürzen muß sie immer wieder denken. Und das macht das Wesen der Zwangsidee aus: ohne jeden organischen Zusammenhang mit dem sonstigen Denken taucht diese eine Erinnerung immer wieder auf; sie löst keine Überlegungen aus, wird nicht hin und her gewendet und zu Ende gedacht, um so beseitigt zu werden; sie überwältigt einfach das Bewußtsein, so etwa wie ein körperlicher Schmerz oder ein erschreckender Anblick.

Zwangsskrupel — Zweifelsucht.

Wesentlich anders muß eine andere, häufige Form des Zwangsdenkens beurteilt werden, die dem Verständnis des gesunden Menschen übrigens näher liegt als das Zwangserinnern. Es ist die Form, die man als Zweifelsucht oder als Zwangsskrupel bezeichnet hat. Menschen, die sich mehr als einmal vergewissern müssen, ob sie ein wichtiges Schreiben auch in den richtigen Umschlag gesteckt oder ob sie den fertigen Brief nicht etwa neben anstatt in den Kasten geworfen haben, sind recht häufig. Dieselben Individuen plagen sich und ihre Umgebung mit der Zwangsbefürchtung, es könnte des Abends ein Licht brennen geblieben sein, ein Zündholz noch fortglimmen, die Haustüre könnte nicht fest verschlossen worden oder ein wichtiges Schriftstück beim Aufräumen in den Papierkorb geraten sein. Überarbeitete Ärzte quälen sich mit dem Gedanken, in einem Rezepte einen Schreibfehler begangen, bei der Verordnung eines gefährlichen Mittels ein Komma falsch gesetzt und so ein Unheil angerichtet zu haben. Beamte müssen immer wieder nachsehen, ob

sie nicht in einem Aktenstück etwas Ungehöriges notiert oder etwas Wichtiges vergessen, und Kaufleute immer wieder nachrechnen, ob sie nicht falsch addiert haben. Einer meiner Kranken, ein Kassenbeamter, hat dicke Schwielen an den Händen, weil er immer wieder am Kassenschrank rütteln muß, ob er ihn auch wirklich geschlossen hat.

Andeutungen von alledem können auch sonst gesunde Individuen unter dem Einfluß bestimmter Schädlichkeiten gelegentlich erleben; es besteht jedoch auch hier ein wichtiger Unterschied den wirklichen Zwangskranken gegenüber, der wiederum eine viel umstrittene Seite des ganzen Problems beleuchtet. Ein gesunder Mensch, und wäre er noch so skrupelvoll, beruhigt sich, wenn er das benützte Streichholz verglimmt im Aschenbecher gefunden, den Brief noch einmal aus dem Umschlag genommen, das Rezept noch einmal revidiert hat. Den Zwangsvorstellungskranken befreien alle Maßnahmen höchstens für ganz kurze Zeit, dann geht das Spiel von neuem an, er muß wieder nachsehen, wieder nachrechnen, und es sind Fälle von Ärzten bekannt geworden, die ihre Praxis aufgegeben haben, weil sie gar kein Rezept mehr aus der Hand geben konnten. Friedmann berichtet von einer Bürogehilfin, die schließlich voller Verzweiflung beschloß, nun mache ich gleich lieber absichtlich Fehler; und ich selbst kenne einen Subalternbeamten, der von seinem Vorgesetzten die Erlaubnis extrahierte, ein unbeschriebenes weißes Abschlußpapier von den Akten fortzulassen, weil er keine Ruhe vor dem Gedanken fand, diese leere Seite beschmiert zu haben. Auch das hat ihm nichts genützt; von da ab mußte er den Aktendeckel revidieren, und genau wie früher trat, sobald er zu Hause angekommen war, die Zwangsvorstellung von neuem auf. Es kommt zu keinem „Geltungsgefühl" bei diesen Kranken (Friedmann), die handgreiflichsten Beweise nützen ihnen nichts, sie können den Gedanken, daß doch etwas nicht in Ordnung sei, trotzdem nicht aus ihrem Bewußtsein verdrängen, und so wird ihre Lebensführung auf das Weitgehendste beeinflußt. Man hat in solchen Fällen von einer Übertreibungssucht, einer Manie de l'au de là gesprochen; die Kranken können sich nicht genug tun und ergreifen immer neue Sicherheitsmaßregeln, um Ruhe zu bekommen. Hierher gehören das Sammeln aller möglichen Papierschnitzel, „weil etwas Wichtiges darauf stehen könnte," sowie der Waschzwang, die immer wiederkehrende Idee, etwas Unsauberes, Giftiges, Infektiöses berührt zu haben (délire du toucher) und so sich oder andere zu gefährden. Eine Kranke, Jessens [1]), suchte durch fortgesetztes Auswischen Glassplitter und Nadeln, die etwa in das Geschirr gekommen sein könnten, daraus zu entfernen; eine andere, die Esquirol [1]) beobachtete, mußte dauernd ihre Kleider durchsuchen, ob sie nicht irgendetwas „von Wert" irgendwo mitgenommen hätte. Dabei sprach die erste wiederholt aus: „Wie man nur so törichte, lächerliche Gedanken haben und sich von ihnen beherrschen lassen kann," und die andere meinte: „Dies ist wahr, meine Unruhe ist dumm und lächerlich, aber ich kann mich ihrer nicht erwehren." Eine Patientin Friedmanns, deren Mann an einer Hirngeschwulst gestorben war, bedurfte der immer erneuten Versicherung, dass sie die Krankheit (durch einen scherzhaften Schlag nach dem Ohre ihres Gatten) nicht selbst verursacht habe, und ein Kaufmann, den der selbe Autor behandelt hat, ging sogar zum Rechtsanwalt, um sich von der

---

[1]) Zit. nach Emminghaus.

Zwangsidee zu befreien, er habe sein Vermögen seinem Gehilfen versprochen. Dabei wußte er genau, daß er — während des Couponabschneidens — lediglich gesagt hatte: „Ich wünsche Ihnen, daß Sie auch einmal so viel Wertpapiere besitzen mögen.“

Kritik.

Die Beispiele illustrieren die sehr eigentümliche Stellung, die das Urteil dieser Kranken ihren Zwangsgedanken gegenüber einnimmt. Westphal hatte von der Kritik gesprochen, mit der das gesunde Bewußtsein der Patienten den Zwangsgedanken gegenüberstände. Trotz dieser Kritik reagieren viele Kranke immer wieder mit Handlungen, aus denen doch eigentlich auf ihre Überzeugung von der Richtigkeit des vorgestellten Tatbestandes geschlossen werden müßte. Das ist in der Tat beinahe das Merkwürdigtste an diesen Zuständen: ein Zwiespalt im Bewußtsein, den Friedmann treffend als einen Wettstreit zwischen der innerlich lebhaft vorgestellten Wirklichkeit und der daneben bestehenden Verneinung aus logischen Gründen gekennzeichnet und mit dem Wettstreit der Gesichtsfelder im Stereoskop verglichen hat. Zum Verständnis dieser eigentümlichen psychopathologischen Erscheinung darf in Anlehnung an die Ausführungen des genannten Autors wohl an ähnliche Widersprüche im Denken gesunder Personen erinnert werden. Das ganze Kapitel der Ahnungen, die uns z. B. das Schicksal eines in der Ferne befindlichen oder kranken Angehörigen mit dem Herabfallen eines Bildes, mit dem Stillstand einer Uhr oder mit dem Ausgang eines sich zufällig vor unseren Augen abspielenden anderen, an sich gleichgültigen Ereignisses verknüpfen lassen, oder irgendwelcher abergläubischer Vorstellungen bei gebildeten Menschen sonst — erinnert sei an die Zahl 13 und an den Freitag — enthält Belege für die Behauptung, daß auch gesunde Menschen dieselbe Idee mit ihrem Urteil aus logischen Gründen ablehnen und mit ihrem Gefühl ohne Gründe glauben können. Und doch ist hier ein Unterschied: Der Gesunde, der abergläubisch ist, (und ebenso der an überwertigen Ideen leidende Kranke) glaubt eben im Grunde doch, wenn sich sein Verstand auch dieses Glaubens schämt, der Zwangsvorstellungskranke aber glaubt nicht, sondern denkt nur an die Möglichkeit und nur dieses Denken will er los sein. Einer meiner Patienten, der sein — und der Seinigen — ganzes Leben durch seine Zwangsvorstellungen zerstört hatte, lachte hellauf bei dem Gedanken, daß er an „den Unsinn“ glauben könnte; er hatte fast alle seine Möbel auf den Speicher geschickt, weil sie ihn an eine Liebelei mit einer Privatsekretärin erinnerten, von der seine Frau nichts wußte; jedesmal, wenn er die Sachen sah oder berührte, mußte er denken: jetzt passiert deiner Frau ein Unglück. Und dieses Gedankens wegen lebte er zwischen kahlen Wänden, aber daß der Gedanke unberechtigt war, wußte er genau, und wer ihn länger beobachtete, sah auch, daß ihm das Schicksal seiner Frau recht gleichgültig war.

Immerhin muß zugegeben werden, daß die Trennung zwischen gesundem und krankem Geschehen gerade bei abergläubischen Gedanken praktisch und theoretisch nicht leicht ist. Gerade an diesem Punkte berühren sich Zwangs- und überwertige Ideen sehr innig und gehen ineinander über. Charakteristischerweise finden wir abergläubische Verknüpfungen, die zwangsmäßig auftreten, besonders häufig in der Kindheit; also in einem Stadium, in dem das Urteil

und die geistige Energie noch wenig entwickelt sind. Später durchaus gesunde Individuen berichten uns von solchen abergläubischen Meinungen, die eine Zeit lang für sie selbst Glaubenswert besaßen und deren sie sich doch vor anderen schämten: eine bestimmte Stufe einer Treppe durfte nicht betreten, ein Kleidungsstück nicht angezogen werden, weil sonst ein Unglück passieren würde, oder auch einfach, weil es nicht geschehen sollte. Das sind streng genommen schon überwertige Vorstellungen. Bei Erwachsenen sind alle diese Dinge seltener, dafür aber prognostisch viel ungünstiger, und das Merkwürdigste ist wieder: daß solche Ideen hier trotz sonst guten Urteils bestehen können. Nur dann handelt es sich um reine Zwangsvorstellungen. Thomsen berichtet von einem Patienten, der alles dreimal tun, dreimal klopfen, dreimal grüßen mußte, und Ladame beschreibt eine nach meinen Erfahrungen wieder bei Kindern nicht seltene Verknüpfung, bei der ein „schlechter" (gleich Zwangs-) Gedanke dadurch wieder aufgehoben wurde, daß die Schritte, die der Kranke während dieses Gedankens getan hatte, wieder rückwärts gemacht werden mußten; so wurde zugleich der Gedanke annulliert. Die Analogie zu dem „Unberufen," mit dem geistig Gesunde unter den Tisch klopfen, liegt klar zutage. Ich selbst kenne ein junges Mädchen, das sich allmählich einen ganzen Irrgarten konstruiert hat, in den ich trotz jahrelanger Exploration nur unvollständig eingedrungen bin: hier hat sie etwas versprochen, was sie später tun will, um dafür im Moment etwas anderes ausführen zu dürfen, dort hat sie etwas anderes unterlassen müssen, um ihre Eltern nicht ins Unglück zu bringen etc. Auch dabei handelt es sich um ganz harmlose Handlungen, die direkt keinem Menschen etwas schaden könnten, und wieder ist die Verknüpfung zwischen dem Gedanken an die Handlung und dem an das angebliche Unglück rein assoziativ, aber eben zwangsmäßig zustande gekommen. Dieselbe Patientin leidet an Waschzwang, Platzangst, an Zweifel- und Grübelsucht und an Zwangsantrieben; und für alle diese Zwangsgedanken besitzt sie insofern Kritik, als sie sie nicht nur für krankhaft entstanden, sondern zugleich auch für logisch unbegründet und unsinnig hält. Trotzdem haben diese Vorstellungen allmählich eine Mauer um sie aufgerichtet, die sie seit Jahren von der menschlichen Gesellschaft absperrt [1]).

Kritik und Gefühl. Angst.

Natürlich hängt dieses eigentümliche Verhalten des Urteils, der Kritik, mit dem zusammen, was oben über die Gefühlsbetonung der Zwangsgedanken gesagt wurde. Was die Zwangsvorstellungen so lästig macht und ihnen zugleich einen Glaubenswert beilegt, der durch logische Beweismittel nicht entkräftet werden kann, ist eben das affektive Moment; nur enthält dieser Gefühlston den unmittelbaren psychologischen Anlaß nicht sowohl für das Auftreten der Gedanken wie für den peinlichen Zustand, der aus dem Auftreten folgt. Darum sieht der Zwangsvorstellungskranke in seinen Gedanken Fremdkörper in seinem Bewußtsein; sein Urteil steht ihnen insofern kritisch gegenüber, als er ihre krankhafte Natur richtig erkennt. Ganz anders beim Aberglauben:

---

[1]) Bemerkt sei, daß diese Fälle möglicherweise schon in das Gebiet der Dementia praecox gehören; zweifellos kommen bei dieser Krankheit Gedanken vor, die wir Zwangsvorstellungen nennen, und schwere assoziative Störungen, wie in dem eben erwähnten Falle, erinnern ebenso zweifellos an typisch schizophrene Denkstörungen.



der Gesunde glaubt, weil sein Gefühl ihn zum Glauben zwingt, er kommt aber niemals auf die Vermutung, daß dieses Gefühl pathologisch und nicht Teil seines gesunden Bewußtseins sein könnte.

Daß der Zwangsvorstellungskranke in dieser Hinsicht kritisch bleibt, ist, wie Heilbronner richtig hervorhebt, diagnostisch noch wichtiger, als der andere Teil der Kritik, der auch den Inhalt der Zwangsgedanken als unbegründet oder unsinnig ablehnt. Diese Ablehnung erfolgt ja, wie wir sahen, überhaupt nur zumeist und nicht ganz regelmäßig. Sie wechselt mit der Anerkennung und sie kann in Zuständen hochgradiger Angst für längere Zeit verloren gehen. Dann besitzt der Patient keine Kritik mehr für den Inhalt seiner Zwangsgedanken, aber er bleibt trotzdem über die Tatsache seiner Krankheit selbst nicht im unklaren.

Denn eine charakteristische Folge beinahe aller Zwangsvorstellungen ist die Angst, die aus dem immerwährenden Kampfe gegen die Ideen hervorgeht. Für viele Handlungen, die Zwangsvorstellungskranke begehen, ist diese Angst — oder die Angst vor der Angst — das treibende Motiv. Wenn man die Patienten fragt, warum sie Dinge täten, deren Unvernunft und Unzweckmäßigkeit sie selbst auseinandersetzen, so antworten sie immer: „aus Angst.“ Dabei wird diese unbehagliche Stimmung durch die Fruchtlosigkeit aller Maßnahmen häufig erst recht verstärkt, und so befinden sich die Patienten in einem Zirkel, aus dem sie höchstens das autoritative Eingreifen eines anderen befreien kann.

Grübelsucht.

Das wird besonders deutlich bei einer anderen Form der Zweifelsucht, die noch viel unsinnigere Gedanken zum Gegenstand hat. So wenn manche Menschen über die Reihenfolge ihrer Toilette, über das Anziehen dieses oder jenes Kleides durchaus nicht ins klare kommen können. Ich kenne eine Patientin, die zum An- und Ausziehen stundenlang gebraucht hat, weil sich ihr absolut unsinnige und deshalb auch abschlußunfähige Fragen aufdrängten, wie die, ob sie den rechten oder den linken Strumpf zuerst anziehen solle. Auch hier bestand volle Kritik für die Zwecklosigkeit des ganzen Kopfzerbrechens und seine krankhafte Entstehung; trotzdem waren auf der Höhe der Krankheit zur Beendigung des Anzuges fortgesetzte kurze, energische Befehle der Mutter erforderlich.

Der eben erwähnten nah verwandt ist eine Form zwangsmäßigen Zweifelns, die als Grübelsucht bezeichnet worden ist. Hier beschäftigen die Kranken Fragen, deren Unlöslichkeit ihnen ebenso bewußt ist, wie ihre Zwecklosigkeit. „Warum sitze ich hier? Was bedeutet dieser Stuhl? Warum ist diese Person gerade so hoch und nicht so hoch wie das Zimmer? Warum heißen Sonntag, Montag, Dienstag gerade so und nicht anders?“ (Emminghaus.) Häufiger sind sogenannte Weltschöpfungsfragen oder Grübeleien über sexuelle Dinge: „Wie entstehen die Menschen? Mann und Frau? Warum gibt es solche? Der Unterschied der Geschlechtsbildung, der Geschlechtsorgane, Befruchtung, die menschlichen Triebe ... wie verhält sich das alles? Fragen nach der Geburt Christi, nach der Jungfrau, nach Gott usf.“ (Emminghaus.) [1])

[1]) Hohbaum (zitiert nach Emminghaus) hat auf ein kulturhistorisches Äquivalent hingewiesen, das in den scholastischen Kirchenstreitigkeiten des 14. Jahrhunderts



Charakteristisch ist, daß diese Störung von manchen Autoren als Ideenflucht in Frageform aufgefaßt worden ist. Zwischen Grübelsucht und Ideenflucht bestehen gewisse Beziehungen, die in der krankhaften Erregung des Denkens in schlaflosen Nächten z. B. gelegentlich deutlich werden. In solchen Zuständen sind in der Tat beide Namen angebracht. Der Vorstellungsinhalt wechselt dauernd, und beständig ist nur der Zwang, bestimmte unsinnige Fragen zu denken — häufig übrigens ohne auch nur die Möglichkeit einer Antwort abzuwarten.

Zwangsantriebe.

Eine dritte ziemlich häufige Form der Zwangsvorstellungen, die mit den übrigen durch mannigfache Übergänge verbunden ist, wird am besten mit dem Namen Zwangsantriebe bezeichnet. Auch sie läßt sich in ihren feinsten Äußerungsformen bis in die Psychologie des gesunden Seelenlebens zurückverfolgen, und insbesondere bestimmte Angewohnheiten, die an sich nicht krankhaft sein müssen, können unmerklich zum Zwangskurse gelangen. Sehr bekannt sind namentlich der bei Kindern häufige Zwang (der gelegentlich an die ersten Übungen, im militärischen Schritt zu marschieren, anknüpft), jeden Ausgang mit dem linken Fuß zu beginnen, oder die erste Stufe einer Treppe nur mit diesem zu betreten, sowie die Neigung, von einer geraden Linie nicht abzuweichen, von den Steinen des Bürgersteiges jeden zweiten oder jeden dritten beim Gehen zu berühren, die Schritte zu zählen[1]) usf. Ebenso gehört hierher der Zwang, Bilder etc. gerade zu hängen, und das Unbehagen beim Anblick von nicht symmetrisch oder nicht parallel gestellten Gegenständen, Möbeln etc. — Pedanterien, die an sich wieder noch im Gesunden wurzeln, aber häufig krankhaften Charakter annehmen. Manche Störungen dieser Art, wie die Zählsucht z. B., scheinen übrigens gelegentlich auch durch berufliche Tätigkeit ausgelöst zu werden. So berichtet Emminghaus von einem Rechenmeister, der im Theater lediglich die Worte zählte, die ein berühmter Schauspieler sprach, und von einem anderen, der während eines Kommerses die Buchstaben eines Liedes gezählt hat. Es gibt Kranke, die die Türschilder, die Häufigkeit beliebiger Buchstaben in den Namen, die vorübergehenden Pferde usw. zählen müssen, und andere, denen jede zufällig auftretende Zahl (Droschkennummern etc.) Anlaß zu schwierigen Rechenoperationen, Multiplikationen, Quadratwurzelziehen usw. gibt.

Weniger harmlos, aber ebenfalls häufig sind Zwangsantriebe, die an der Brüstung eines Treppengeländers, eines Aussichtsturmes bzw. eines Seesteges oder am offenen Fenster, bei Geistlichen auf der Kanzel — kurz in irgendwelchen Situationen aufzutreten pflegen, die dem Phantasiespiel den Gedanken an eine mögliche Gefahr bieten. Auch auf Dampfschiffen und in großen Fabriken

---

gegeben ist: „Ob das Licht von Tabor ein erschaffenes oder unerschaffenes gewesen ist, ob Gottes Sohn sich in einen Ochsen, Esel oder Kürbis verwandeln könne. Wieviel Chöre der Engel seien, wie sie sitzen, was für Instrumente sie spielen. Was man in der Hölle triebe, bis zu welchem Grade die Hitze dort gehe“ usf.

[1]) Eine ungewöhnliche Neigung zum Zählen scheint z. B. der Feldmarschall Moltke besessen zu haben, der in den Briefen an seine Frau wiederholt die Zahl der Kerzen in irgend einem Saale angibt und beispielsweise während eines Diners in der Wiener Hofburg alle 300 Kerzen ausgezählt hat. Er fügt hinzu: „Du weißt, ich zähle immer.“ (Gesammelte Schriften VI. S. 439.)

beim Blick auf gewaltig arbeitende Maschinen oder auf Bahnhöfen angesichts eines schnell einfahrenden Zuges tauchen ähnliche Vorstellungen auf: „Wie wäre es, wenn du hinabsprängest, dich vor den Zug würfest, oder einem neben dir stehenden Menschen das antätest?“ Eine Patientin meiner Beobachtung vermeidet den kleinsten Bach, da ihr sonst die Idee kommt, ein in ihrer Nähe spielendes Kind hineinzustürzen. Von einem Arzt weiß ich, daß er seine Praxis aufgegeben hat, weil er kein Messer in die Hand nehmen konnte, ohne den Zwangsantrieb zu erleben, es dem Patienten in den Bauch zu stoßen.

Alle diese Ideen sind den betreffenden Kranken auch deshalb lästig, weil sie häufig zum nachträglichen Auftreten von Zwangsbefürchtungen Anlaß geben. Die eben erwähnte Dame wagte eine Zeitlang überhaupt nicht mehr auszugehen, weil sie nachher dem Gedanken nicht ausweichen konnte, doch vielleicht ein Kind verletzt oder ein Schaufenster eingeschlagen, einen Vorübergehenden beleidigt zu haben.

Dabei werden diese Zwangsantriebe niemals ausgeführt, und das ist wieder eine Tatsache, die das eigentümliche Verhalten des Urteils noch mehr erläutert. Es ist bis heute kein Fall bekannt geworden, in dem Zwangsvorstellungen kriminelle Handlungen ausgelöst hätten. Ja ganz allgemein läßt sich sagen, daß fast alle Patienten die Handlungen, mit denen sie auf ihre Zwangsvorstellungen reagieren, — und wir werden noch viele solche Handlungen kennen lernen — unterdrücken können, wenn genügende Gründe dafür vorliegen. Kaum den nächsten Familienangehörigen gegenüber lassen sich die Kranken ganz gehen, und nur wenn sie allein sind oder doch nicht aufzufallen glauben, führen sie ihre Zwangsantriebe aus, berühren im Vorübergehen jeden Stuhl mit dem Finger oder stoßen mit dem Stock gegen jedes zweite Schaufenster. Auch das gewährt uns einen tiefen Einblick in diesen eigentümlich zwiespältigen Seelenzustand. Stünden die Kranken dem Inhalt ihrer Zwangsideen vollkommen kühl und unbeteiligt gegenüber und würden sie nur durch die formale Störung ihres Gedankenablaufes belästigt, so würden sie ihren Gedanken gar nicht und unter keinen Umständen nachgeben; und umgekehrt: wären sie diesen Inhalten ganz ohne jede Kritik ausgeliefert, so würden sie entsprechende Handlungen niemals unterdrücken wollen und können.

Kontrastideen.

Natürlich gelten diese Erwägungen nur für solche Ideen, die überhaupt nach irgend einer Betätigung drängen. In einer vierten Form von Zwangsvorstellungen, die mit den eben besprochenen sonst manche Berührungspunkte besitzt, ist das im allgemeinen nicht der Fall. Das ist die der Kontrastideen. Von den eben erwähnten Zwangsantrieben haben manche eine Handlung zum Inhalt, an deren Verhütung den Kranken sehr viel gelegen sein muß, und insofern könnte man auch hier schon von Kontrastideen sprechen. Typischer sind die Fälle, in denen eine Frau beim Abschied von ihrem Mann gegen ihren Willen denkt: wenn dir doch ein Unglück zustieße, oder wenn eine andere ihrer Schwester wünschen muß: brächest du dir doch das Genick (Friedmann). Bekannter ist der Drang, in der Kirche oder in irgend einer feierlichen Versammlung zu pfeifen, zu schreien oder eine Gotteslästerung auszustoßen, zu beten: „Vater unser, der Du bist in der Hölle,“ Christus mit Schimpfnamen

und die Mutter Gottes mit sexuellen Vorstellungen in Beziehungen zu bringen. Ein charakteristisches Beispiel dieser Störung, die wieder bei Kindern häufiger zu sein scheint als bei Erwachsenen, gibt Gottfried Keller in seinem „Grünen Heinrich"[1]: „So gereichte es mir eine Zeitlang zu nicht geringer Qual, daß ich eine krankhafte Versuchung empfand,. Gott derbe Spottnamen, selbst Schimpfworte anzuhängen, wie ich sie etwa auf der Straße gehört hatte. In einer Art behaglicher und mutwillig zutraulicher Stimmung begann immer die Versuchung, bis ich nach langen Kämpfen nicht mehr widerstehen konnte und im vollen Bewußtsein der Blasphemie eines jener Worte hastig ausstieß mit der unmittelbaren Versicherung, daß es nicht gelten solle, und mit der Bitte um Verzeihung."

Diese Patienten scheinen sich auf den ersten Blick von anderen Zwangsvorstellungskranken dadurch zu unterscheiden, daß sie die pathologische Natur ihrer Gedanken nicht immer einsehen. Sie quälen sich mit Vorwürfen, gehen zur Beichte usw. Eine genauere Analyse einzelner Fälle — ich selbst verfüge über zwei Beispiele — zeigt aber, daß dieser Schluß doch nicht gerechtfertigt wäre. Auch diese Kranken wissen, daß das Auftreten solcher Gedanken ohne ihren Willen zustande kommt; aber sie schließen aus diesem Auftreten oder richtiger aus der Tatsache, daß solche Gedanken bei ihnen möglich sind, auf versteckte Sündhaftigkeit, so wie der ungebildete Mensch einem andern fast niemals eine Äußerung verzeiht, die zunächst beleidigend zu sein schien, in Wirklichkeit aber durch Versprechen zustande gekommen war, oder wie selbst gebildete Leute — vielleicht mit etwas mehr Grund — aus verbrecherischen Träumen versteckte verbrecherische Neigungen abzuleiten pflegen.

Funktionsphobien.

Als letzte Gruppe sei schließlich noch die der Funktionsphobien besprochen[2]. Sie hängt mit mehreren der schon besprochenen Formen auf

[1] (Cotta 1. Bd. 35. Aufl. 61.) Bekanntlich enthält dieses Werk auch eine treffende Schilderung kindlicher Pseudologie.

[2] Die Bezeichnung Phobie hat eigentlich niemals einen einheitlichen, bestimmten Inhalt gehabt. Hinter dem Wort versteckt sich eine Reihe von ganz heterogenen Elementen, denen nur das Kriterium der Angst gemein ist. Selbstverständlich haben die Furcht vor Verarmung, vor Syphilis und Paralyse, vor Erkältung und Bazillen, die Angst vor dem Examen und die Scheu der Unfallspatienten vor der Arbeit mit Zwangsvorstellungen an sich nichts zu tun. Hier handelt es sich um gefühlsbetonte Komplexe, um überwertige Ideen, die im Bewußtsein dominieren — gleichgültig ob objektiv ein Grund dafür vorliegt oder nicht. Ausnahmsweise aber können auch diese Dinge Zwangscharakter annehmen, trotz besserer Einsicht des Patienten dominieren, und noch häufiger treffen echte Zwangsgedanken mit hypochondrischen oder sonstigen überwertigen Ideen bei demselben Individuum zusammen. So wurde ein Kranker Friedmanns gleichzeitig von der Zwangsidee, Maikäfer verschluckt zu haben, und von der Befürchtung gequält, geisteskrank zu werden. Dieses Zusammentreffen ist außerordentlich typisch. Aber daraus folgt doch niemals eine Identität oder auch nur eine Verwandtschaft beider Symptome — sie haben an sich genau so viel miteinander zu tun, wie die Sekundärerscheinungen der Syphilis und die hypochondrischen Befürchtungen, die der Kranke aus ihnen ableitet. Aber freilich kommen Mischungen und Übergänge vor, oder richtiger gesagt: nicht ganz selten gibt die ängstliche Disposition außer zu hypochondrischen Befürchtungen auch zum Auftreten von Zwangsvorstellungen Anlaß. So gerät ein Patient meiner Beobachtung — ein sehr bekannter Gelehrter — in hochgradige Angst, wenn sein 25jähriger Sohn auch nur um fünf Minuten zu spät nach

mannigfache Weise zusammen. Kontrastideen, die sich vor oder während der Ausführung einer Handlung in das Bewußtsein einschieben, können diese Handlung hemmen und hindern; Menschen, die zu Zwangsskrupeln neigen (Ärzte, Kaufleute, Beamte z. B.) werden leicht dazu kommen, eine Handlung zu scheuen, an die sich erfahrungsgemäß solche Skrupel anschließen. Genau so kann eine Zwangserinnerung wirken. Ein durchaus tüchtiger und ruhiger Kutscher, den Heilbronner beobachtete, wurde durch ein einmaliges Mißgeschick so unsicher gemacht, daß er seine Pferde nicht mehr lenken konnte; und ein Barbier aus Friedmanns Klientel gab seinen Beruf auf, nachdem er einen einflußreichen Kunden geschnitten hatte. So kann jede Berufstätigkeit gestört werden, und deshalb ist die Zahl der Phobien, die man in einem griechischen Namen verewigt hat, Legion geworden. Sehr populär ist die Befürchtung, in Gesellschaft rot werden zu müssen, die Ereuthophobie (Kasper), sowie die Agoraphobie (Westphal), die viel erörterte Platzangst. Bekanntlich werden Patienten dieser Art in solchen Situationen gewöhnlich wirklich rot und sie kommen in der Tat nicht über freie Plätze, weil sie die Idee des Nichtkönnens daran hindert.

Über das Verhältnis dieser Störungen zu den übrigen Zwangserscheinungen ist viel gestritten worden. Ich selbst habe einen Teil von ihnen früher von den Zwangsvorstellungen trennen wollen, weil es sich dabei um ein Affekterlebnis handelte. In der Tat gehören recht viele Fälle dieser Art in das Gebiet der „überwertigen Vorstellungen“ und manche in das der Angstzustände. Für alle Formen läßt sich aber diese Trennung den Gefühlsstörungen gegenüber einfach deshalb nicht durchführen, weil wir die primäre Natur des Angstgefühls nicht beweisen können. Mir ist sogar wahrscheinlich geworden, daß die Angst zum mindesten in vielen Fällen von Platzangst etc. doch immer ein intellektuelles, gedankliches Moment enthält, nur ist mit diesen Gedanken ein lebhafter Affekt so innig verbunden, daß die Kranken selbst hinterher nur von diesem zu berichten wissen. Der ganze Gegensatz von primärem Affekt und primärer Vorstellung wird sich in dieser Form überhaupt nicht aufrecht erhalten lassen. Bei alledem handelt es sich ja um künstliche Unterscheidungen, die wir zum Zwecke der gegenseitigen Verständigung in den natürlichen Fluß der Erscheinungen hineintragen. Wie überall gibt es auch zwischen intellektuellen und Affektstörungen und speziell hier zwischen Zwangsvorstellungen, überwertigen Ideen und „primären“ Phobien Übergänge. Gewiß liegt der Platzangst nicht immer eine „Vorstellung“, ein sprachlich klar formulierter Gedanke „Diesen Platz werde ich nicht überschreiten können“ zugrunde. Wir wissen aber heute, daß Gedanken ohne sprachliche Formulierung vorkommen, und

Hause kommt; in dieser Angst werden die schrecklichsten Situationen (Überfahrenwerden, Mord, Verstümmlung, Verhaftung) bis ins kleinste ausgemalt. Der gleiche Zwang tritt auch nachträglich auf, wenn er von irgend einer gefährlichen Unternehmung seiner Kinder (Kahnfahrten, Skitouren) später erfährt. In diesem letzten Fall wird man wohl sicher von Zwangsvorstellungen sprechen müssen, und doch besteht kein prinzipieller Unterschied gegenüber dem anderen, in dem das ausgemalte Unglück wenigstens noch denkbar und möglich ist. Immerhin müssen bestimmte andere Zustände, die auch Phobien genannt worden sind, von vornherein anders beurteilt werden. So die Mysophobie, die oben als die Zwangsvorstellung, schmutzig zu sein, schon dargestellt worden ist. Hier handelt es sich unter allen Umständen um Zwangsvorstellungen, in den anderen Fällen kann es erst sekundär und ausnahmsweise einmal dazu kommen.



sobald wir das anerkennen, werden wir das Angsterlebnis angesichts eines freien Platzes auch als das Auftreten eines affektbetonten Gedankens deuten dürfen. Das Zwangsdenken wird sich darin ganz allgemein nicht anders verhalten als das Denken überhaupt, und die Beschreibung, die eine Patientin Heilbronners von ihren Zwangsvorstellungen gemacht hat: „Es ist wie ein Nebel, fliegt vorbei, man kann es nicht in Worte fassen", klingt genau wie eine Bestätigung der Bühlerschen Untersuchungsergebnisse (vgl. S. 101).

Diese Überlegungen ändern daran nichts, daß die entscheidende Wirkung bei der Agoraphobie vom Affekt, von der Angst ausgeht. Darauf beruhen auch die verschiedenen klinischen Varianten des Symptoms, deren Bedeutung früher wohl überschätzt worden ist. Ob die Angst hier, wie in anderen Fällen auch, subjektiv als Schwindelgefühl erlebt wird, wie bei Benedikts Kranken, oder als bloße Beklemmung, ist prinzipiell unerheblich. Dagegen ist wieder wichtig das eigentümliche Verhältnis, das das Urteil der Kranken der Angst gegenüber einnimmt. Auch diese Patienten lehnen den Inhalt ihrer Ideen aus logischen Gründen ab — um ihnen dennoch zu erliegen. Ja, hier erleben wir sogar das Merkwürdige, daß die Begleitung eines kleinen Kindes oder sogar eines Hundes die Platzangst besiegt.

Aber, wie gesagt, gerade von diesen Formen führen unmerkliche Übergänge zu andern Eigentümlichkeiten des gesunden und des kranken Seelenlebens hinüber, und daran scheitert jeder Versuch einer schematischen Darstellung. Die Furcht, rot zu werden, kann auch die logische Folge einer Erfahrung darstellen, die schüchterne Menschen oder Masturbanten z. B., die der Meinung sind, man sähe ihnen ihr Laster an, in Gesellschaft öfters gemacht haben, und dann wird man von einer „überwertigen Idee" sprechen dürfen. Oder aber bei der Platzangst kann das Primäre wirklich eine — ev. körperlich bedingte — innere Spannung, eine Angst sein, die gelegentlich auftritt und sich nun bei einem zufälligen Anlaß mit einer Vorstellung verbindet. Das wäre dann eine Affektstörung. Was alle diese Formen zusammenhält, ist ein ganz neues Moment, das mit der Zwangsvorstellung an sich so wenig zu tun hat wie mit der überwertigen Idee und das sich nur gelegentlich mit ihnen verknüpft: die Beeinflussung körperlicher Vorgänge durch Vorstellungen und Gefühle. Gleichviel, ob die Befürchtung, unter den Augen anderer Menschen nicht reden, nicht schreiben, nicht urinieren zu können, schwitzen oder Flatus abgehen lassen zu müssen, als Zwangsvorstellung oder als überwertige Idee auftritt: wenn solche Patienten schließlich wirklich in Schweiß ausbrechen oder kein Wort hervorbringen, so handelt es sich um einen einfachen Fall von Autosuggestion wie bei allen psychogenen Symptomen überhaupt. Die psychische Impotenz z. B. kann auf einer Zwangsvorstellung beruhen; sie beruht aber bekanntlich häufiger auf einer überwertigen Idee, einer hypochondrischen Überzeugung, die durch frühere Mißerfolge (Ekel Prostituierten gegenüber), durch Masturbation und daran anschließende entsprechende Lektüre oder durch irgendwelche Erlebnisse sonst geschaffen worden ist und die nun einen Reflexvorgang hemmt. In manchen anderen Fällen dagegen ist ein Mechanismus wirksam, auf den A. Pick hingewiesen hat: die Störung automatisch gewordener motorischer Funktionen durch die auf sie gerichtete Aufmerksamkeit. Jede selbständig gewordene komplizierte Be-

wegung wird unsicher oder unmöglich, sobald die Aufmerksamkeit bewußt auf sie gelenkt wird.

Vorkommen.

Zwangsvorstellungen kommen fast ausschließlich bei geborenen Psychopathen vor, und dementsprechend deckt eine genaue Analyse der Persönlichkeit in den allermeisten Fällen außer dem Zwangsdenken noch andere Anzeichen der ererbten nervösen Anlage auf. Insbesondere hypochondrische Züge und die Neigung zn Stimmungsschwankungen und zu nörgelndem, mißmutigem Wesen sind an der Tagesordnung, aber auch Beeinträchtigungsideen, Egoismus und eine gewisse Selbstüberschätzung sind oft damit verbunden. Zuweilen treten Zwangsvorstellungen in Verbindung mit echten hysterischen Symptomen auf, und gar nicht selten finden wir sie bei Kranken, deren Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein durch die Anamnese erwiesen wird. Daß das Gros der Zwangsvorstellungskranken die eigentümliche Richtung ihres Denkens in zahlreichen Pedanterien, in einer übertriebenen Ordnungsliebe usf. zum Ausdruck bringt, ist wiederholt betont worden.

Schon die Tatsache, daß physiologische Zwangszustände bei sonst gesunden Menschen vorkommen, weist aber außerdem auf die Möglichkeit hin, daß auch erworbene nervöse Erschöpfungszustände zu ihrem Auftreten Anlaß geben können. In der Tat beobachten wir bei Typhusrekonvaleszenten, nach schweren psychischen Erregungen, insbesondere wenn sie sich über längere Zeiten erstreckt haben, und nach lang fortdauernder Schlafentziehung gelegentlich Zwangsgedanken, die gewöhnlich nach kurzer Zeit verschwinden. Ist das nicht der Fall, so wird die vorangegangene Schädlichkeit nicht als die einzige angesehen werden dürfen; länger dauernde Zwangsvorstellungen bei nervös nicht disponierten Individuen kommen nicht vor.

Wie alle Formen und Äußerungen der psychopathischen Anlage zeigen auch die Zwangsvorstellungen die Neigung, periodisch aufzutreten (Bonhoeffer, Heilbronner). Kranke, die monate- und jahrelang von einem Arzt zum andern, aus einem Sanatorium ins andere gereist sind, werden plötzlich ohne Therapie gesund, zumeist freilich um nach einigen Jahren wieder zu erkranken. Es hat keinen Zweck, diese Fälle lediglich der Periodizität wegen dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen; aber es soll wie gesagt nicht bestritten werden, daß sich zuweilen Manien sowohl wie Melancholien mit Zwangsvorstellungen einleiten. Außerdem aber besteht eine — meines Erachtens freilich mehr äußere — Beziehung zu den zirkulären Depressionen insofern, als bei den meisten Zwangsvorstellungskranken ein Depressionszustand schon vor den pathologischen Vorstellungen nachgewiesen werden kann. Stöcker hat davon ausgehend den psychischen Zustand der Kranken als manisch-depressiven Mischzustand deuten wollen, ein Versuch, der gewiß einen richtigen Kern enthält, im ganzen aber weit über das Ziel hinausschießt. Mit ebensoviel Recht dürfte man jeden andern Psychopathen als Manisch-depressiven ansehen, und damit würde der Begriff des manisch-depressiven Irreseins praktisch alle Bedeutung verlieren.

Bei anderen Krankheiten als den schon genannten [1]) beobachten wir

[1]) Wenn Zwangsvorstellungen bei Arteriosklerotikern vorkommen, so ist der ursächliche Zusammenhang häufig deshalb schwer klarzustellen, weil ja Psychopathen eine ausgesprochene Neigung zu frühzeitiger Arteriosklerose besitzen.



Zwangsvorstellungen so gut wie gar nicht, und zu differential-diagnostischen Schwierigkeiten geben eigentlich nur gewisse Fälle von Dementia praecox Anlaß. Die Frage ist noch nicht spruchreif, ob echte Zwangsvorstellungen bei Schizophrenen beobachtet werden; daß das äußere Bild in beiden Fällen ausnahmsweise das gleiche sein kann, steht aber fest. Insbesondere Zwangsantriebe wie der Waschzwang z. B. werden bei Kranken beobachtet, bei denen später deutliche hebephrenische oder katatonische Züge auftreten. Daß die Patienten in solchen Fällen Erklärungen für ihre Zwangshandlungen abgeben, die der Psychologie der echten Zwangsvorstellungen entsprechen, beweist für ihre tatsächliche Zugehörigkeit zu dieser Kategorie natürlich gar nichts, und im Grunde liegt die Anschauung viel näher, daß es sich hier um Stereotypien der Vorstellungen und der Willensimpulse handelt, die das Bild der Zwangsvorstellungen nur äußerlich imitieren. Übrigens geben die meisten Schizophrenen, die hierher gehören, nach meiner Erfahrung andere Erklärungen für ihr Tun, und zwar am häufigsten solche, die auf überwertige Ideen und beginnende Wahnvorstellungen hindeuten. Sie erklären, wirklich beschmutzt oder infiziert zu sein, und weisen es weit von sich, von einem unsinnigen Gedanken geplagt zu werden. Mit anderen Worten: sie lassen fast immer die Kritik vermissen, die für die Zwangsvorstellungskranken so typisch ist.

Überwertige Ideen [1]).

Definition.

Unter überwertigen Ideen [2]) verstehen wir Gedanken oder Gedankengruppen („Komplexe"), die infolge ihres Gefühlstones ein Übergewicht über alle anderen Gedanken erlangt haben und dieses Übergewicht für längere Zeit oder dauernd behaupten.

Aus dieser Begriffsbestimmung folgt ohne weiteres, daß keineswegs alle überwertigen Ideen krankhaft sind. Gewisse Komplexe finden wir bei vielen Menschen, und zum mindesten die, die den Kampf mit dem Leben schon eine Zeit lang geführt haben, tragen Erinnerungen, Überzeugungen, Befürchtungen und Wünsche in sich, die ihrem Seelenleben, ihrem Denken und Fühlen fortan ein bestimmtes Gepräge geben. Viele Schrullen und „Steckenpferde", einseitige Urteile [3]), „unverständliche" Neigungen und Abneigungen kommen so zustande.

Auch im Inhalt kann der Unterschied zwischen kranken und bloß un-

---

[1]) Auch dieser Abschnitt war im wesentlichen schon abgeschlossen, als Friedmanns neueste Arbeit über Zwangsvorstellungen und überwertige Ideen (vgl. S. 148 Anm.) erschien, mit deren Grundauffassung die hier vorgetragenen Anschauungen nahe übereinstimmen. Einzelheiten konnten noch nachträglich berücksichtigt werden. Birnbaums letzte Arbeit dagegen (Monatsh. f. Psychiatrie 1915) hat leider nicht mehr beachtet werden können.

[2]) Der Begriff stammt von Wernicke, dessen Definition hier aber nicht beibehalten worden ist.

[3]) So ist ein Kollege, der einmal einen Patienten im zufälligen Anschluß an eine Skopolamineinspritzung verlor, durch nichts zu bewegen, dasselbe Mittel noch einmal zu geben. Mancher wird Antisemit, weil ihn einmal ein jüdischer Kaufmann betrogen hat, usf.

gewöhnlichen Ideen nicht gesucht werden. Niemand wird seine Mitmenschen allein deshalb für krank halten, weil sich in ihre wissenschaftlichen oder politischen Überzeugungen Irrtümer eingeschlichen haben, und auf der anderen Seite können auch an sich zutreffende Vorstellungen ein krankhaftes Übergewicht im Bewußtsein erlangen, wenn sie in abnormer Weise mit Affekten beladen werden. Die Vorstellung des eigenen Verschuldens z. B. ist als Folge des gesteigerten Verantwortlichkeitsgefühls unserer Zeit durchaus verständlich; pathologisch macht sie erst ein gewisser Affekt. Mit dem Todesgedanken liegt es ganz ähnlich.

Auch die Wirkung, die überwertige Ideen auf das Seelenleben ausüben, ist bei Gesunden und Kranken im Prinzip nicht verschieden [1]). Alle überhaupt vorkommenden überwertigen Ideen lassen sich nach der Art dieser Wirkung ohne Zwang in zwei Hauptgruppen einteilen. Ihr Inhalt, die besondere Art ihres Gefühlstones und endlich die Persönlichkeit ihres (mehr oder weniger energischen) Trägers verleihen ihnen einen mehr aktiven oder mehr passiven Charakter. Bekannte Vertreter der ersten Kategorie in der Gesundheitsbreite sind der mit einer Idee erfüllte Künstler, Gelehrte (Monographen!), Erfinder, Sammler, der Streber, der vorwärts kommen, und der Kaufmann, der reich werden will. Hier drängt die Idee zum Handeln. Anders bei der zweiten Gruppe; die Mutter, die sich um ihr entferntes Kind sorgt, der Herzkranke, der vor dem „Herzschlag", der Verbrecher, der vor der Entdeckung zittert, und der Religiöse, den ständig Skrupel quälen, sind passive Träger überwertiger Ideen; sie handeln nicht, aber sie denken um so mehr an ihre Vorstellungen und sie empfinden dieses Denkenmüssen als lästig. So werden in diesen passiven Fällen die überwertigen Ideen zugleich zu dominierenden Vorstellungen.

Wieder ist es neben der Gefühlsbetonung die Abschlußunfähigkeit, die diese Dominanz verursacht. Alle Vorstellungen, die in die Zukunft weisen, sich in der Gegenwart nicht zu Ende denken lassen, verdrängen, sobald sie ihres Gefühlstones wegen auch nicht mehr abgelehnt werden können, die übrigen Gedanken. Ausnahmsweise beobachten wir jedoch ein solches formales Übergewicht auch bei Vorstellungen, die ein schon abgeschlossenes Ereignis zum Gegenstand haben. Es gibt Menschen, die über einen einmal erlebten Verlust, den des einzigen Kindes z. B., über eine Kränkung nie mehr hinweg kommen, und auch sie leiden häufig nicht bloß unter dem Verlust selbst, sondern auch darunter, daß sie wieder und wieder an ihn denken müssen. Zuweilen führt dann dieser Zustand, wie Friedmann richtig hervorgehoben hat, zu einer eigentümlichen Verschiebung, zur Verdrängung der ursprünglich affektbetonten Idee durch eine andere. Der Stolz läßt an die Stelle des Grams über die Untreue des Geliebten Selbstvorwürfe über eigene Suizidgedanken treten, selbstverschuldete gesellschaftliche Ächtung wird als Menschenverachtung ausgegeben usf. Freilich liegen diese

[1]) Darauf beruht der Denkfehler, auf Grund dessen gelegentlich junge Psychiater die „Liebe" als eine Psychose haben auffassen wollen. Der Zustand des „Verliebtseins" ist keine Krankheit, aber er beruht auf einer überwertigen Idee — wie derartige Übertreibungen des psychiatrischen Standpunktes übrigens auch.



Fälle einer „Lebenslüge“ [1]) dem normalen Bewußtsein schon etwas ferner als dem kranken.

Streng läßt sich der Unterschied zwischen aktiven und passiven überwertigen Ideen aber natürlich nicht durchführen. So kann der Geiz ebensowohl die Form eines energischen Erwerbstriebes annehmen wie die der ständigen Furcht vor Dieben, die Molière geschildert hat. In diesem Falle leidet der Geizige unter seinem Gedanken, im anderen handelt er. Zuweilen bestehen aber beide Formen auch nebeneinander, oder eine löst die andere ab. Der Eifersüchtige kann sich lange mit mehr theoretischen Befürchtungen quälen und schließlich doch in die aktive Rolle des Othello übergehen.

Die besonderen Eigenschaften der eigentlich krankhaften überwertigen Ideen werden sich am einfachsten dadurch hervorheben lassen, daß wir den Unterschied zwischen diesen Gedanken und den Zwangsideen auf der einen und den Wahnvorstellungen auf der andern Seite erörtern.

Überwertige und Zwangsvorstellungen.

Mit den Zwangsvorstellungen teilen manche überwertige Ideen die Eigenschaft der Dominanz, das subjektive lästige Überwiegen im Gedankengang; aber was dort die wesentliche Eigenschaft des Symptoms überhaupt ist, kann hier (ebenso wie bei der Wahnidee) ganz fehlen. Wie der Gesunde, den Sorgen heimsuchen, deren Ursache beseitigt sehen möchte und nicht bloß seine Gedanken, so wünschen auch die Kranken von ihren eingebildeten Leiden, von ihren Sünden oder von den Strafen, die sie befürchten, befreit zu werden, und Querulanten und Unfallspatienten z. B. haben sich wohl noch nie darüber beklagt, daß sie immer an ihren Komplex denken müßten. Aber in anderen Fällen dominieren, wie gesagt, die überwertigen Ideen (ebenso wie manche Wahnvorstellungen), ihr formales Übergewicht macht sich auch subjektiv unangenehm fühlbar. Gerade in diesen Fällen zeigt sich erst der entscheidende Unterschied den Zwangsvorstellungen gegenüber. Überwertige Ideen dominieren aus verständlichen Gründen; abnorm ist nur der Gefühlston, der sie immer wieder an die Oberfläche des Bewußtseins treibt, und ev. die Willensschwäche [2]) oder die Urteilsstörung, die den Kranken mit ihrem Inhalt nicht fertig werden lassen. Der formale Mechanismus des Denkens, der durch diese krankhaften Voraussetzungen eingeleitet wird, ist normal. Im Gegensatz zu den Zwangsvorstellungen verschwinden überwertige Ideen deshalb sofort aus dem Gedankengang, wenn es gelingt, entweder ihre inhaltliche Verkehrtheit überzeugend darzulegen oder aber mit der unruhigen Grundstimmung ihren Gefühlston zu beseitigen. Nur weil das gewöhnlich nicht möglich ist, dominieren sie überhaupt. Immer wieder werden sie nach allen Richtungen betrachtet, erörtert, mit Gegengründen bekämpft,

[1]) An und für sich ist ja ein solches Sich-selber-belügen auch im Normalen keineswegs selten; viele Handlungen z. B. werden innerlich umständlich motiviert, die im Grunde einfach von erotischen Trieben ausgehen. Das ist der wahre Kern der Freudschen Lehre in ihrer ursprünglichen Gestalt.

[2]) Auf dieser nervösen Schwäche beruht es, daß bei sehr vielen Menschen überwertige Ideen — hypochondrische Befürchtungen, geschäftliche Sorgen, religiöse Skrupel — ganz gesetzmäßig immer dann auftreten, wenn eine fieberhafte oder sonst erschöpfende Krankheit ihr Nervensystem geschwächt hat.



und der Erfolg bleibt gerade deshalb aus, weil diese Gegengründe im Bewußtsein nicht durchdringen. Die Kranken zweifeln wohl an der Richtigkeit ihrer Vorstellungen, halten auch das Gegenteil für denkbar und wünschen es lebhaft, aber gerade wegen dieses Zweifels wiederholt sich das Spiel von Frage und Antwort stets von neuem. Das macht diese Form der überwertigen Ideen so quälend. Könnten sie einmal wirklich mit voller Überzeugung als unsinnig, als unmöglich und krank anerkannt werden, so wären sie beseitigt. Sie sind eben kein Fremdkörper im Bewußtsein, sondern organisch mit der Persönlichkeit verwachsen, ja sie bilden das Zentrum des ganzen Denkens. Deshalb wirken überwertige Ideen in ganz anderer Weise als die Zwangsvorstellungen nicht bloß auf das Denken, sondern auch auf die Wahrnehmungen, die Erinnerungen, auf das Urteilen und Handeln. Alle Affekte trüben die nüchterne Beobachtung, diese führen überdies zu illusionären Verkennungen, zu Mißempfindungen am eigenen Körper, zu Mißdeutungen irgendwelcher Vorgänge in der Umgebung; die Erinnerungen werden im Sinne der überwertigen Ideen verfälscht und Pseudoreminiszenzen gebildet. Alles das bleibt bei den Zwangsvorstellungen regelmäßig aus, und dementsprechend beeinflussen sie das Handeln, wenn überhaupt, in anderer Form und aus anderen Motiven als die überwertigen Ideen. Auch diese drängen nicht immer zum Handeln, aber wenn die Patienten irgendwelche Maßnahmen im Sinne ihrer Idee ergreifen, so geht der Weg, auf dem der Wille beeinflußt wird, über das Urteil. Die Kranken identifizieren sich mit ihren Vorstellungen und stellen ihre ganze Persönlichkeit bewußt in ihren Dienst. Gedanken, die zu diesen Ideen nicht passen, oder ihnen gar widersprechen, werden nicht mehr zugelassen oder aber entsprechend umgestaltet, verfälscht.

Überwertige und Wahnideen.

Hier beginnt der Übergang der überwertigen Idee zur Wahnvorstellung. In vielen Fällen ist es einfach eine Frage der Intensität, ob dieser Übergang stattfindet; es kommt darauf an, was stärker ist: die geistige Energie und das Urteil des Patienten oder aber die Gefühlsbetonung seiner (inhaltlich verkehrten) Vorstellungen. Erlangt das Gefühl das Übergewicht, so wird das Realitätsurteil erzwungen, der Irrtum für wahr gehalten und die überwertige Idee als Wahnidee fixiert. Insbesondere die krankhaften Vorstellungen bei den rein affektiven Psychosen, also hypochondrische und Versündigungsideen, machen immer ein Stadium durch, in dem man besser von schwankenden, oszillierenden Wahnideen (Friedmann), von „mobilen Wahnvorstellungen" (Merclin) oder von Wahnideen in statu nascendi sprechen sollte. Bei den Verfolgungsideen der Paranoiker ist es ähnlich; zuerst besteht ein allgemeines Mißtrauen, die Möglichkeit der Verfolgung wird immer wieder bejaht und dann wieder verneint, und erst nach Jahren kristallisiert aus diesen mißtrauischen Auffassungen, aus dem Stadium des „Beachtungs- und Beziehungswahns", eine echte Wahnvorstellung heraus.

Deshalb ist es unmöglich, eine strenge Grenze zwischen überwertigen und Wahnvorstellungen zu ziehen; das eine Symptom geht in das andere über, und wir sind keineswegs immer imstande, den Zeitpunkt genau festzustellen, an dem sich dieser Übergang vollzogen hat. Begrifflich freilich ist die Unterscheidung leicht. Wahnideen sind krankhaft entstandene und zugleich unkorri-

gierbare Irrtümer; überwertige Ideen brauchen, wie gesagt, inhaltlich überhaupt nicht falsch zu sein, und wo sie es sind, wird ihre Verkehrtheit zum mindesten als möglich zugegeben. Nur sind das eben theoretische Unterscheidungen; praktisch bereitet die Diagnose der Wahnideen, wenn sie der überwertigen Idee gegenüber durchgeführt werden soll, oft viel mehr Schwierigkeiten, als es solche Unterscheidungen wert sind [1]).

Ursachen und Formen.

Wir sahen, daß überwertige Ideen immer aus Gefühlsverknüpfungen hervorgehen, die freilich auf mannigfache Weise geschaffen werden können. Beim Gesunden pflegen Erziehung, Familientradition, religiöse, politische und soziale Grundauffassungen eines Kreises, Vorurteile und Aberglaube den Boden vorzubereiten, auf dem die Lebensschicksale — ein einzelnes gefühlsbetontes Ereignis oder eine Kette solcher Erlebnisse — bestimmte überwertige Ideen emporwachsen lassen. Bei Kranken ist es gerade so, nur daß hier infolge einer pathologischen Steigerung der Reaktionsfähigkeit verhältnismäßig kleine Anlässe starke Ausschläge geben. Entweder es besteht eine im Leben des betreffenden Menschen auch sonst erkennbare Schwäche seiner gesamten geistigen Energie, oder er gehört zu den innerlich unruhigen, ängstlichen Naturen, die — oft aus körperlicher Ursache — auf alle Aufregungen des Lebens mit abnorm starken Gefühlsäußerungen antworten. Am häufigsten ist wohl eine Verbindung beider Ursachen bei ein und demselben Individuum, und speziell bei den Zustandsbildern, die man gemeinhin als neurasthenische bezeichnet, treffen wir immer beide Symptome; bei ihnen sind deshalb auch überwertige Ideen am häufigsten.

Querulanten.

Ehe wir auf diese Gruppe von überwertigen Vorstellungen eingehen, mögen einige andere „aktivere“ Formen erwähnt werden. Hierher gehört ein Teil der pathologischen Lügner, der verrückten Erfinder, der psychopathischen Religionsstifter. (Über die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten vgl. unten S. 185.) Alles das sind Menschen, deren Leben durch gewisse gefühlsbetonte Ideen in eine krankhafte Bahn gelenkt wird. Der reinste Typus dieser Gruppe und zugleich einer, der häufiger ist als die schon erwähnten, ist der Querulant. Bei ihm läßt sich der Übergang sowohl zum gesunden Geschehen wie zur Wahnidee besonders leicht nachweisen. Die Empfindlichkeit Rechtsverletzungen gegenüber unterliegt schon in der Gesundheitsbreite großen individuellen Schwankungen, und viele gesunde Menschen verfolgen ein wirkliches oder ein eingebildetes Recht nur der „Idee“, nicht des materiellen Vorteils wegen. Auch Irrtümer müssen ihnen dabei zugute gehalten werden. Ein charakteristisches Beispiel dafür liefert Friedrich der Große, der in der Angelegenheit des Müllers von Sanssouci unter der überwertigen Idee: „die preu-

[1]) Es ist wichtig, das einzusehen und zuzugeben. Viele Unzuträglichkeiten in der praktischen Handhabung der Psychiatrie entspringen aus dem Schematismus, der krankhafte Irrtümer außer fixen Wahnvorstellungen, und der kranke Ideen, die überhaupt keinen Irrtum enthalten, nicht anerkennen will. Beispiele dafür werden uns gleich begegnen.



ßische Justiz arbeite nicht richtig" bekanntlich selbst große Ungerechtigkeiten begangen hat.

Dazu kommt nun aber, daß sonst ganz verständige Menschen, sobald sie mit einer Behörde in eine irgendwie unliebsame Berührung geraten, mit der Fähigkeit, ihren persönlichen Vorteil der Ordnung des Ganzen zu opfern, auch ihre Objektivität einbüßen. So bilden sich bei Leuten, die durch Zufall oder ihres Berufes wegen viel mit den Gerichten zu tun gehabt haben, gelegentlich Überzeugungen heraus, die den wirklichen Verhältnissen sehr wenig entsprechen. Daß unser kompliziertes Gerichtsverfahren bei dem Laien, der seine Notwendigkeit nicht einsieht, gelegentlich mißtrauische Auffassungen auslösen kann, darf überdies zugegeben werden; selbst wenn sich ein materielles Unrecht immer und sicher vermeiden ließe, so würden doch die durch die Form bedingten Härten (Versäumnisurteil, Erschöpfung des Instanzenzuges) hie und da überwertige Ideen erzeugen. Wann sie aber als pathologisch anzusehen sind, läßt sich häufig ohne Willkür überhaupt nicht entscheiden — und gerade hier ist darin besondere Vorsicht geboten; denn natürlich wirkt die unrichtige Diagnose eines krankhaften Geschehens mit allen ihren sozialen Folgen auf Menschen dieser Art besonders ungünstig.

Beinahe noch fließender ist beim Querulanten der weitere Übergang von der (pathologischen) überwertigen zur (eigentlichen) Wahnidee, und die Entscheidung, ob dieser Übergang schon erfolgt ist, ist in einzelnen Fällen geradezu unmöglich. Die diagnostische Schwierigkeit wächst dadurch, daß auch die Wahnbildung häufig an ein wirkliches Unrecht anknüpft. In einem meiner Fälle ließ sich die Entstehung eines Querulantenwahnsinns auf die Neuorientierung von Grenzsteinen auf dem Grundstücke des Patienten nach einer Überschwemmung zurückführen. Die Behauptung des Kranken, sein Gebiet sei vor der Überschwemmung größer gewesen, hat sich später als richtig herausgestellt, aber aus dem Grundbuchblatt ging deutlich hervor, daß die Grenzsteine das erste Mal falsch und nach der Überschwemmung richtig gesetzt worden waren. Zum Unglück enthielt aber dieses selbe Blatt eine für die Sache bedeutungslose, an sich jedoch unzulässige Rasur; und sobald der Patient die erkannt hatte, war die Überzeugung, ihm sei Unrecht geschehen, unumstößlich in ihm besiegelt.

Das sind unglückliche Fälle. Auf der andern Seite gehen zweifellos zahlreiche Psychopathen durchs Leben, die echte Querulanten geworden wären, wenn sie das Schicksal nicht vor der Berührung mit den Gerichten und anderen Behörden und vor ernstlichen Konflikten mit ihren Mitmenschen überhaupt bewahrt hätte. Es sind das die Menschen, die im Leben den Eindruck der Halsstarrigkeit, Unbelehrbarkeit, der fanatischen Verbohrtheit machen (Bonhoeffer), die aber so lange nicht eigentlich geisteskrank werden, als sie keinen Anlaß zur Entwicklung ausgesprochener überwertiger Ideen finden. Der Querulantenwahn ist eben keine Krankheit, die ein vorher gesundes Gehirn vollkommen umgestaltet, sondern die Reaktion einer psychopathischen Persönlichkeit auf bestimmte Schädlichkeiten des Lebens. Ist entweder die Anlage zum Querulieren oder die Schädlichkeit verhältnismäßig klein, so bleibt es bei der überwertigen Idee; stärkere Disposition und größerer Anlaß führen zur Wahnbildung.

Für diese Betrachtungsweise erscheint es natürlich, daß sich die paranoische Anlage nicht immer in der besonderen, mehr zufälligen Form der Prozeßkrämerei äußert. Das Leben liefert dem einzelnen, auch wenn er nicht gerade mit den Behörden in Streit gerät, andere Reibungen genug, und wer sie übermäßig empfindet, dem geben sie Anlaß zu überwertigen Komplexen und vergiften so sein Leben. Mißtrauische, empfindliche und — häufig — zugleich selbstbewußte Naturen finden sich in allen Ständen und Berufen, und Menschen, die überall feindliche Maßnahme wittern oder wenigstens unfreundliche Gesinnungen bei ihrer Umgebung voraussetzen, ohne eigentlich geisteskrank zu werden, sind jedem bekannt. Hierher gehören gewisse schwierige Vorgesetzte und die stets gekränkten Untergebenen, die Examinanden, die für ihr Mißgeschick kein persönliches Pech, sondern ein Übelwollen der Examinatoren, und die Offiziere, die für ihre Pensionierung entsprechende Gesinnungen ihrer Vorgesetzten verantwortlich machen. In allen diesen Fällen ist es nur eine Frage der persönlichen Anlage und zugleich der Lebensschicksale, ob solche Ideen zu Wahnvorstellungen werden oder nicht.

Ein sehr typisches Beispiel für eine solche, den querulatorischen nahestehende, überwertige Idee hat Liepmann [1]) mitgeteilt:

Ein Ehemann erfuhr zufällig, daß seine Frau neun Jahre vor der Ehe von ihrem Onkel und Pflegevater verführt worden war. Seitdem kam er nicht wieder zur Beruhigung; immer wieder fuhr er zu dem Onkel, um ihm die Fenster einzuwerfen, zu prügeln, den Bart auszureißen, Frau und Kinder wollte er erwürgen; er ließ Tausende von Postkarten mit Schmähgedichten auf den Onkel drucken, verteilte gedruckte Schmähgedichte gegen die ganze Geistlichkeit, weil der Onkel ein Geistlicher war. Schließlich griff er auch die Richter an, bei denen ihn der Onkel wegen Körperverletzung angezeigt hatte. Dabei vernachlässigte er sein Geschäft und seine Interessen überhaupt, sodaß er schließlich entmündigt werden mußte. Nach Jahren ist die Krankheit aber wieder abgeklungen, so daß die Entmündigung aufgehoben werden konnte.

Recht charakteristisch ist auch der folgende Fall (aus meiner eigenen Beobachtung), der übrigens einem der ersten Fälle, die Wernicke zur Illustration seiner Lehre von den überwertigen Ideen mitgeteilt hat, in seinen Grundzügen gleicht:

Ein 29jähriges Mädchen lebt als vermögenslose Waise bei einer sehr begüterten Tante, die sie auf alle Weise verwöhnt, und an der sie mit großer Liebe hängt. Am Ende einer längeren gemeinschaftlichen Reise fängt sie ziemlich plötzlich an, unfreundlich und gereizt gegen die Tante zu werden, so daß das Verhältnis nach einigen Wochen unleidlich wird. Da die Patientin zugleich sehr an Gewicht abnimmt und viel weint, zieht die Tante, ehe sie es zum definitiven Bruch kommen läßt, einen Arzt zu. Dabei stellt sich heraus, daß die Patientin, die übrigens leicht verwachsen ist, in einem Gasthof auf der Reise bemerkt haben wollte, daß sich ein Herr ihr zu nähern versuchte und sich dann wieder zurückzog. Sie erklärte sich das damit, daß die Tante den Herrn zurückgewiesen oder abgeschreckt habe. Tatsächlich wußte die Tante von der ganzen Sache gar nichts. Der Herr war beiden Damen nicht vorgestellt worden, hatte mit beiden niemals gesprochen und ihnen nur bei der gemeinsamen Tafel im Gasthof wie anderen Gästen seine Verbeugung gemacht. Alles das gab die Kranke zu, aber sie hielt zunächst doch an ihrer Auffassung fest. Erst nach einem Jahr fing der Affekt über die Enttäuschung und der Zorn gegen die Tante an abzublassen, und nach Jahren hat sich das Verhältnis beider Damen völlig wiederhergestellt. Ob völlige Einsicht besteht, ist zweifelhaft, aber wahrscheinlich.

---

[1]) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. IX. Jahrgang 1912. Nr. 5.

Periodisches Auftreten.

Die Erkenntnis, daß viele paranoische Vorstellungen keine fixen Wahnideen darstellen, macht uns eine Tatsache verständlich, die häufig behauptet, aber aus theoretischen Gründen immer wieder bestritten worden ist: paranoische Ideen verlaufen gelegentlich auch periodisch, sie beherrschen das Denken eine Zeitlang, um dann zu verschwinden oder wenigstens ihren Gefühlston zu verlieren, und nach einigen Jahren tauchen sie — mit gleichem oder neuem Inhalt — wieder auf.

Das schien die Lehre von einer chronisch fortschreitenden, stets unheilbaren, systematisierten Wahnbildung, die ja das Wesen der chronischen Paranoia ausmachen sollte, geradezu umzustoßen. Und doch läßt sich der Tatbestand einfacher und zwangloser, aber freilich auch weniger schematisch ausdrücken und erklären. Es ist ganz richtig: wirklich fixierte Ideen paranoischen Inhalts werden selten korrigiert und aufgegeben; aber überwertige Vorstellungen verschwinden, auch wenn ihr Inhalt falsch und nicht bloß zu stark gefühlsbetont ist. Sie verschwinden mit ihrer Ursache. Diese Ursachen können von innen oder von außen kommen. Die paranoische Grundstimmung, krankhaftes Mißtrauen, gesteigertes Selbstgefühl — häufig gepaart mit innerer Unsicherheit und abnormer Empfindlichkeit — können sich aus endogener Ursache wiederholen, wie die Manie, die Melancholie, wie Zwangszustände, kurz wie alles, was Ausdruck einer angeborenen psychopathischen Anlage ist. Außerdem aber erzeugt auch die erworbene Erschöpfungsneurasthenie — im Anschluß an Infektionskrankheiten, an Nachtwachen, körperliche und seelische Erschütterungen — nicht ganz selten paranoische Auffassungen.

Aber das Verständnis der überwertigen Vorstellungskomplexe vermag uns noch weiter zu führen. G. Specht hat vor ein paar Jahren versucht, die Paranoia und speziell ihren reinsten Typus, den Querulantenwahn, in den Kreis der manisch-depressiven Psychosen hineinzuziehen. Man braucht ihm darin nicht ganz zu folgen (vgl. unseren Standpunkt in dieser prinzipiell wichtigen Frage S. 189), wird aber doch mancherlei zugeben müssen; so, daß auch in der Pathogenese der Paranoia ein krankhafter Affekt eine Rolle spielt; daß paranoische Erkrankungen häufiger, als man es früher geglaubt hatte, in Schüben verlaufen, vorübergehend oder dauernd still stehen, heilen oder wenigstens passiv werden; und endlich daß es recht oft aus der Psychopathologie der Manie bekannte Züge sind, die den Prozeßkrämer ausmachen.

Unseres Erachtens besteht heute kein Zweifel darüber, daß habituell manische Menschen Querulanten werden können; die wichtigsten Voraussetzungen des Querulierens, das gesteigerte Selbstgefühl und die Aktivität, enthält die Manie in reinster Form, und daß Konflikte mit den Behörden bei diesen Patienten häufiger sind als bei gesunden Menschen, versteht sich fast von selbst. Trotzdem kommt es gewöhnlich nicht zur Wahnbildung bei ihnen, um so häufiger aber sind paranoische Auffassungen, die über den bloßen Verdacht noch nicht hinausgehen, also überwertige Ideen.

Paraphrenieen.

Überwertige Ideen leiten häufig — und zwar oft durch Jahre — auch diejenigen paranoischen Erkrankungen ein, in denen wir nicht die Entwicklung

einer von vornherein abnormen Persönlichkeit, sondern einen wirklichen Krankheitsprozeß erblicken, und die man jetzt nach dem Vorgang von Kraepelin Paraphrenien nennt. Auch hier kommt es (im Gegensatz zur Schizophrenie) selten zu blitzartig auftauchenden, fixierten Verfolgungsideen; häufiger geht diesen ein Stadium des „Beachtungs- und Beziehungswahns" voraus, ein Zustand der allgemeinen Erwartung, von anderen zu viel und in feindlicher Absicht beachtet zu werden. Man hat mit Recht daran erinnert, daß sich gesunde Menschen unter bestimmten Umständen — der „Einjährige," der sich zum ersten Male in Uniform zeigt, der Verbrecher, der ertappt zu werden fürchtet, — ähnlich verhalten; die Beispiele beweisen, daß die letzte Ursache des Symptoms in überwertig, d. h. stark affektbetont gewordenen Vorstellungen gelegen ist. Wahnideen können sich daraus entwickeln, wenn die Affektstörung stark genug ist oder mit einem Intelligenzdefekt zusammentrifft; sie müssen es aber nicht — wie z. B. manche Masturbanten zeigen, die durch Jahre hindurch befürchten, daß man ihnen ihr Laster ansähe, und die doch so gut wie niemals zu wahnhaften Auffassungen gelangen. Eine Ausnahme, die Gaupp mitgeteilt hat. wird uns im speziellen Teil beschäftigen.

Unfallkomplex.

Sodann sei einer sozial besonders wichtigen Form überwertiger Ideen gedacht, die gewissermaßen den Übergang von den aktiv-querulatorischen zu den passiv-depressiven Gedanken dieser Gruppe bildet. Es ist die des Unfallkomplexes. In Deutschland sind unter der Wirkung der sozialen Gesetzgebung zahlreiche funktionelle Nervenkrankheiten aufgetreten, die sich an Unfälle anschließen, für deren Entstehung der Unfall selbst aber nur eine, und die Tatsache des Versichertseins eine zweite, wichtigere Ursache abgibt. Die Formen dieser Krankheiten wechseln; rein querulatorische Bilder sind nicht die häufigsten, Zustände von vorwiegend neurasthenischem, hypochondrischem oder hysterischem Charakter werden öfter beobachtet, querulatorische Züge treten jedoch nicht selten zu diesen Syndromen hinzu. Den Ausschlag gibt wieder die Besonderheit der persönlichen Anlage. Gemein ist allen Unfallspatienten die überwiegende Rolle, die der Unfallkomplex in ihrem ferneren Leben spielt. Man hat das Wesen dieses Komplexes in „Begehrungsvorstellungen" erblicken wollen, aber den Kern der Sache damit sicherlich noch nicht getroffen. Gewiß wollen die Kranken eine Rente haben, und den allermeisten liegt viel mehr an der ärztlichen Anerkennung ihrer Krankheit als an deren Beseitigung. Aber erledigt ist die Psychologie der Unfallsneurotiker damit noch nicht. Vielen geht es im Anfang körperlich tatsächlich nicht gut — sei es infolge einer wirklichen Verletzung oder aus neurasthenischer Ursache —, und nun werden sie psychisch krank erst durch die Rente oder durch den Kampf, den sie um diese führen. Am schlimmsten ist es, wenn die Verletzten schon eine Rente bekommen haben; gewiß wurden manche krank, weil sie eine Rente erstrebten, aber die große Mehrzahl bleibt krank, weil sie ihre Rente zu verlieren fürchtet. Die Beobachtung anderer Kameraden und der fortgesetzte Hinweis auf die soziale Gesetzgebung hatten den Boden für die Entstehung dieser überwertigen Idee schon lange vor dem Unfall vorbereitet. Nach dem Unfall tun immer wiederholte ärztliche Untersuchungen, amtliche Verneh-

mungen und gelegentliche Denunziationen der Nachbarn das ihrige, um den Komplex nicht untertauchen zu lassen. Dazu kommt dann endlich fast immer noch ein Moment, das bei vielen überwertigen Ideen eine ausschlaggebende Rolle spielt: die Wechselwirkung nämlich zwischen der Idee und dem dazu gehörigen Affekt auf der einen und bestimmten körperlichen Reaktionen auf der andern Seite.

Hypochondrische Ideen.

Das ist der Anker, der alle hypochondrischen Vorstellungen im Bewußtsein so festhält. Gleichviel wie sie entstanden sind, die Tatsache ihres Vorhandenseins löst beinahe immer körperliche oder wenigstens in den Körper projizierte Folgeerscheinungen aus, die der Idee neue Nahrung zuführen. Gewöhnlich erwachsen hypochondrische Ideen aus einer ängstlichen unruhigen Grundstimmung, die durch eine wirkliche kleine Erkrankung, das unvorsichtige Wort eines Arztes oder eine zufällige Lektüre nur in bestimmte Richtung gelenkt wird. Ist dieser Anstoß gegeben, so läßt er eine ganze Kette von Erscheinungen gesetzmäßig ablaufen. Dem angeblich erkrankten Organ wird eine vermehrte Aufmerksamkeit zugewandt; das nächste Ergebnis sind Überempfindlichkeit und subjektive Mißempfindungen; zahlreiche Vorgänge werden wahrgenommen, die an sich normal sind, vom Gesunden aber nicht empfunden werden; motorische Leistungen, die gewöhnlich automatisch ohne Kontrolle des Bewußtseins ablaufen, werden gestört, weil die Aufmerksamkeit hemmend in dieses mechanische Räderwerk eingreift; die mit der hypochondrischen Idee verkuppelte ängstliche Erregung verändert die Herzaktion; und das alles wird vom Kranken bemerkt und als Beweis für seine Auffassung gedeutet.

Auch bei diesen Kranken macht sich die quälende Wirkung der Idee auf den formalen Ablauf der Vorstellungen deutlich geltend. Es sieht zunächst paradox aus, daß habituelle Hypochonder einem wirklichen ernsten, ev. tödlichen Leiden zuweilen ruhig ins Gesicht sehen, nachdem sie sich jahrelang um eingebildete Krankheiten auf das Äußerste gesorgt und geängstigt haben. Der Grund ist einfach: gerade durch das Schwanken zwischen Hoffnung und Verzweiflung waren sie früher aufgerieben worden; denn jeder Affekt schwillt an, wenn die ihm zugrunde liegende Vorstellung stets von neuem auftaucht, ohne zum Abschluß gebracht werden zu können. Deshalb suchen viele Hypochonder ihren Arzt zu überrumpeln und die Diagnose eines schweren Leidens aus ihm herauszulocken; sie hoffen auf das Gegenteil, aber auch die Bestätigung ihrer Vermutung wäre ihnen lieber, als die Befürchtung selbst. Werden sie aber beruhigt, so wirkt diese Beruhigung nicht länger als die Worte des Arztes sinnlich deutlich reproduziert werden können; schon nach kurzer Zeit wird die bessere Einsicht von der Angst von neuem bestürmt und erliegt ihr um so eher, je öfter sie früher schon besiegt worden war [1]). Angst und Vorstellung sind so innig verbunden, daß der bloße Gedanke an das angebliche Leiden, die bloße Frage, ob es nicht doch bestünde, jede verständige Überlegung sofort ausschaltet. Oft kann man erstaunliche Erfolge einfach dadurch erzielen, daß man das Befühlen des Pulses,

[1]) Deshalb sprach Wernicke von einer „Bahnung", durch die überwertige Ideen verstärkt würden. Heute werden wir den Nachdruck weniger auf die assoziative Störung als auf das Anschwellen eines immer erneuten Affektes legen.



die Besichtigung eines angeblich kranken Körperteils im Spiegel verbietet oder im Krankenhause tatsächlich unmöglich macht. Die eigene geistige Energie genügt nicht mehr, um diese Quelle der Angst zu verstopfen; immer wieder wollen sich die Kranken von der Gesundheit ihrer Organe überzeugen, um nun anstatt dessen stets ihre Befürchtungen bestätigt zu finden. Denn da die Angst die Beobachtung auch bei sonst guten Beobachtern (Ärzten z. B.) trübt, so hat die Untersuchung des eigenen Körpers stets ein ungünstiges Ergebnis. Kant hat bekanntlich das Verhalten des vernünftigen Menschen hypochondrischen Anwandlungen gegenüber auf die Formel gebracht: er würde über dieses innere Gefühl zur Tagesordnung übergehen ebensowohl dann, wenn sich bei näherer Prüfung kein Objekt dafür vorfände, als wenn gegen das tatsächlich bestätigte Leiden doch nichts unternommen werden könnte; als guter Psychologe fügt er jedoch hinzu: wer das fertig brächte, wäre eben kein Hypochonder.

Phobien.

Einen ähnlichen Mechanismus wie bei den hypochondrischen finden wir nicht bloß bei den melancholischen [1]), sondern noch bei vielen Vorstellungen, die ihrer Natur nach bald diesen bald jenen näher verwandt sind. Eine krankhafte gesellschaftliche Befangenheit geht häufig aus Insuffizienzgefühlen hervor, fällt also ins melancholische Gebiet. Manche Fälle von Errötungsfurcht müssen ähnlich beurteilt werden, weil ihnen die Selbstvorwürfe des Masturbanten zugrunde liegen; andere sind rein hypochondrisch. Ins Gebiet der Hypochondrie gehören ferner der Gedanke, sich infiziert oder beschmutzt zu haben, die übertriebene Ängstlichkeit vor Eisenbahn- und Wasserfahrten, die Furcht vor einem Gewitter, vor Feuer und der häufige, törichte Gedanke an den herabfallenden Kronleuchter. Mit anderen Worten: sehr viele „Phobien" [2]) beruhen auf überwertigen hypochondrischen Vorstellungen. Sonst mutige Menschen sind von einer ganz ausgefallenen Befürchtung geplagt; sie benutzen die Eisenbahn, den Wagen, das Auto, das Schiff, ja, sie würden vielleicht auch ein Luftschiff besteigen, aber sie können z. B. nicht Schlitten fahren. Von der Sonderstellung, die solche Phobien im Denken der Kranken einnehmen, haben wir im letzten Abschnitt gesprochen; hier sei nur noch einmal an die eigentümlichen Widersprüche im Handeln erinnert, zu denen sie führen; fast regelmäßig läßt sich dann ein zufälliges Ereignis nachweisen oder wahrscheinlich machen, durch das diese eine Vorstellung mit einem pathologischen Affekt verknüpft worden war.

Wahnideen.

Begriffsbestimmung.

Unter einer Wahnidee verstehen wir einen krankhaft entstandenen, unkorrigierbaren Irrtum [3]).

---

[1]) Auf diese soll, soweit es nicht oben schon geschehen ist, bei Erörterung der Wahnbildungen und der Affektstörungen eingegangen werden.

[2]) Vgl. darüber aber auch S. 159.

[3]) Der gewöhnliche Ausdruck inhaltlich falsche „Vorstellung" ist sprachlich inkorrekt, weil es sich psychologisch nicht um eine Störung des Vorstellens, sondern um eine solche des Urteilens handelt.

Keines von den drei Merkmalen der Begriffsbestimmung ist entbehrlich: sowohl die inhaltliche Verkehrtheit eines Urteils, wie seine Unkorrigierbarkeit und seine krankhafte Entstehung müssen in jedem Falle nachgewiesen oder wenigstens wahrscheinlich gemacht werden. Die Unrichtigkeit des Urteils teilt die Wahnidee mit allen Irrtümern, die Unzugänglichkeit logischen Beweismitteln gegenüber wenigstens mit manchen; ihre Sonderstellung allen übrigen Urteilstäuschungen gegenüber beruht darauf, daß sie aus pathologischen Voraussetzungen entsteht.

Inhaltliche Verkehrtheit.

Daß nicht — wie die Laien es zuweilen wollen — jeder ungewöhnliche und für die große Masse unverständliche Irrtum als Wahnidee angesehen werden kann, versteht sich nach allem, was wir über überwertige Ideen gehört haben, von selbst. Die spiritistischen Überzeugungen z. B., die sonst gebildete Menschen unserer Zeit beherrschen, sind keine Wahnideen, während der Hexenglaube, der im Mittelalter Gemeingut der meisten Gebildeten war, bei derselben Menschenklasse heute unbedingt als wahnhaft gelten müßte; glaubt aber ein Bauer, seine Kuh sei von einer Nachbarin verhext worden, so wird man ihn deshalb allein auch in unseren Tagen nicht für geisteskrank erklären dürfen. Wenn eine melancholische Mutter, die eben noch von ihren Kindern besucht wurde, sie trotzdem für längst ermordet hält, oder wenn ein Dorfschullehrer erklärt, der Krieg sei seinetwegen ausgebrochen, so ist freilich leicht einzusehen, daß diese Ideen krank sind. Das steht ihnen gewissermaßen an der Stirn geschrieben; denn wir wissen aus Erfahrung, daß sich kein gesunder Mensch etwas Ähnliches einbilden oder so evidente Beweise unbeachtet lassen würde. Aber auf andern Gebieten können auch gesunde Menschen sehr überraschende Dinge für wahr halten. Man braucht nur an die Erfahrungen des Weltkrieges oder an das Kapitel des Aberglaubens zu erinnern, um das zu belegen und um zugleich zu zeigen, wo hier das Kriterium zwischen gesund und krank gesucht werden muß. Keine Idee ist — psychologisch betrachtet — absolut, d. h. unter allen Umständen und bei allen Menschen gleich falsch. Alle unsere Urteile werden von allgemeinen Lebensanschauungen, von Erziehung, beruflicher Gewöhnung, Verkehr, Presse, kurz von den Verhältnissen, unter denen wir leben, so sehr beeinflußt, daß jeder nur an dem Maßstabe seines Milieus gemessen werden kann.

Unkorrigierbarkeit.

Die Beispiele zeigen zugleich, daß auch normale Irrtümer unkorrigierbar sein können. Scharfe Grenzen gibt es hier überhaupt nicht, und grundsätzlich neue psychologische Mechanismen wird man bei der Entstehung der Wahnidee deshalb vergeblich suchen, weil sich auch dieses Symptom aus den Eigentümlichkeiten der normalen Psyche ableiten läßt und mit ihnen durch fließende Übergänge verbunden ist. Das Bindeglied zwischen gesund und krank bilden hier die (normalen und pathologischen) überwertigen Ideen.

Allgemein gesprochen wird die Berichtigung eines Irrtums (bei Gesunden wie bei Kranken) durch einen Mangel an Intelligenz oder durch eine starke Affektbetonung verhindert. Gewiß hat es nicht viel Zweck, bei einem dummen

Menschen, der an irgend einem Unsinn festhält, von einer Wahnidee zu sprechen, aber ein prinzipieller Unterschied dem größenwahnsinnigen Paralytiker gegenüber besteht darum doch nicht. Anders liegt es schon, wenn — wie bei vielen Wahnkranken — die Intelligenz außerhalb des Systems gut ist. In solchen Fällen wird die unerschütterliche Gewißheit, mit der die Patienten trotz handgreiflicher Gegenbeweise und entgegen aller Logik an ihren Ideen festhalten, allein durch die Gefühlsbetonung bedingt, der sich für diesen Komplex der Verstand unterordnet. Das ist bei Gesunden in dieser Form doch selten. Hier werden abergläubische Überzeugungen und Ähnliches der Kritik höchstens mit einer gewissen ängstlichen Absichtlichkeit entzogen, was dem Wahnkranken ganz fern liegt. Dieser fordert die Kritik geradezu heraus, er erörtert seine Ideen immer wieder, um andere zu überzeugen und möchte sie am liebsten der ganzen Welt aufdrängen. Sein Gefühl sagt ihm, daß er recht haben muß, und der Verstand unterwirft sich dem Gefühl, während er beim (abergläubischen) Gesunden doch wenigstens Vorbehalte macht. Aber auch das gilt nur im allgemeinen; in manchem Einzelfall läßt sich der zwingende Beweis, daß eine fanatische Überzeugung keine Wahnidee, sondern bloß ungewöhnlich ist, schlechterdings nicht erbringen. Der Grund liegt darin, daß auch der Wahn eine Sache des Glaubens und nicht des Wissens ist.

Man braucht die Schwierigkeiten, die hier liegen, nicht zu überschätzen. Sie werden nur selten und dann immer in den Fällen akut, in denen der Staat zu praktischen Zwecken eine scharfe Grenzbestimmung verlangt, die wissenschaftlich aus inneren Gründen unmöglich ist. In Wirklichkeit gehen, wie wir gesehen haben, alle Wahnvorstellungen aus überwertigen Ideen hervor, und insofern ist es eigentlich selbstverständlich, daß zwischen beiden Symptomen Übergänge vorkommen. Für die rein ärztliche Diagnose der Krankheiten ist es überdies beinahe immer gleichgültig, ob eine bestimmte Überzeugung schon wahnhaft fixiert oder (als überwertige Idee) im Prinzip noch korrigierbar ist. Sie wird doch solange bestehen, bis der Affekt verschwindet, der sie im Bewußtsein verankert hat. Notwendig für die Diagnose ist dagegen der Nachweis, daß der Affekt und damit auch die Idee krankhaft sind, und dieser Nachweis setzt vor allem eine umfassende Erfahrung darüber voraus, was an überwertigen Ideen auch bei Gesunden möglich ist. Es sei deshalb auf den vorstehenden Abschnitt verwiesen.

Wahnidee und Zwangsvorstellung.

Ganz anders als zur überwertigen Idee verhält sich der Wahn zur Zwangsvorstellung. Hier existieren, wenn man beide Begriffe eng faßt, keine Übergänge. Die ganze Literatur über dieses Problem ist aus der Verwechslung von überwertigen und Zwangsvorstellungen entstanden. Bei der Wahnidee ist das Entscheidende eine Verfälschung des Bewußtseinsinhaltes, eine Urteilsstörung, eine krankhafte Überzeugung; das Zwangsdenken ist eine rein formale Störung des Gedankenablaufs. In Hitzigs Formel „das Ich kämpft in dem einen Fall gegen, in dem andern aber mit und für die Vorstellung“ wird eine wichtige Seite dieses Tatbestandes gut ausgedrückt; für die meisten, aber nicht für alle Fälle trifft auch die Antithese von Hecker zu: „die Zwangsvorstellung will der Kranke los sein, die Wahnvorstellung nicht.“ Subjektiv lästig werden gelegentlich auch Wahngedanken; auch melancholische Vor-

stellungen dominieren, und der Kranke versucht sie abzulehnen. Aber immer bleibt ein kardinaler Unterschied: niemals werden Wahnideen als inhaltlich verkehrt oder gar als krank erkannt — sonst wären es keine. Die wesentliche Eigenschaft jedes Wahns ist die innige Beziehung zum Ich, zur eigenen Persönlichkeit. Schon ihr Inhalt betrifft immer das Ich; theoretische Anschauungen, die die Person des Kranken nicht unmittelbar berühren, werden so gut wie niemals [1]) wahnhaft ausgestaltet und fixiert; bringt doch schon der Gesunde ein wirklich nachhaltiges Gefühl nur solchen Dingen entgegen, die ihn persönlich angehen. Das ist auch der Grund, aus dem alle Wahnideen die Neigung haben, sich auszubreiten und ganze Gebiete des Seelenlebens zu erobern; das Ich identifiziert sich mit der Idee und tritt für sie ein; denn die Idee stammt aus dem innersten Kern der Persönlichkeit. Die alte Lehre von den Monomanien hat diese Zusammenhänge übersehen und nicht erkannt, daß jeder Wahn ein vollkommen verändertes Persönlichkeitsgefühl voraussetzt. Deshalb kann es gar keine Monomanien geben; isolierte fixe Ideen, die sich gewissermaßen als Fremdkörper in einem sonst gesunden Bewußtsein einnisteten oder sich gar durch psychologische Heilmethoden aus diesem Bewußtsein wieder herausschälen ließen, sind ein Widerspruch in sich selbst. Das kranke Gefühl, das dem Verstand eine Wahnidee aufgenötigt hat, zwingt ihn auch, an ihr festzuhalten und ihr neue hinzuzufügen.

Krankhafte Entstehung.

Derselbe Fehler, der der Lehre von den Monomanien zugrunde lag, läßt heute noch zuweilen Wahnideen aus Sinnestäuschungen hervorgehen. Richtig daran ist nur, daß manche Kranke angeben, sie wüßten dieses oder jenes, weil sie es gesehen oder gehört hätten, und daß wahnhafte Vermutungen zuweilen in der Tat erst durch eine plötzlich eintretende Halluzination volle Gewißheit erlangen. Aber die Vermutung war schon immer vorhanden; denn die Sinnestäuschungen selbst stammen doch aus dem Gedankeninhalt der Kranken; sie sind häufig nur die Form, in der ein Gedanke bewußt wird (vgl. darüber das Kapitel Sinnestäuschungen).

Im übrigen ist dem, was über die Entstehung der Wahnvorstellungen bei der Erörterung der überwertigen Ideen gesagt worden ist, wenig hinzuzufügen. Die aktive treibende Kraft liefert immer die Affektivität; die Intelligenz leistet ihr darin Widerstand und wird überwältigt, wenn sie zu schwach ist. Dabei bilden ihre schwächste Angriffsfront besonders die Erinnerungen, die bekanntlich unter der Wirkung des Affektes leicht verfälscht werden. Alle in die Vergangenheit projizierten Wahnideen setzen sich aus Erinnerungstäuschungen zusammen. Ist dazu noch das Urteil gestört, so werden Wahnideen noch leichter zustande kommen; dann genügt ein körperliches Glücksgefühl, das auch gesunde Menschen kennen, um unsinnige Größenideen, und eine leichte innere Unruhe, um schwere hypochondrische oder paranoische Auffassungen entstehen zu lassen. Imbezille übernehmen sogar die wahn-

[1]) Eine Ausnahme kommt nur gelegentlich bei Schizophrenen vor, die irgendetwas Unsinniges über Dinge behaupten, die sie gar nichts angehen. Man kann darüber streiten, ob man das Wahnideen nennen soll.



haften Überzeugungen ihrer Umgebung (induziertes Irresein) und halten an ihnen solange fest, bis sie diesem Einfluß entzogen werden.

Gerade diese Erfahrung zeigt, daß Wahnideen und Wahnideen nicht immer dasselbe sind. Die Leichtgläubigkeit, mit der törichte Menschen unbewiesene Behauptungen hinnehmen, und die Urteilslosigkeit, mit der Paralytiker und andere Demente Größenideen produzieren, haben psychologisch mit den Krankheitsvorgängen, die von jeher als Prototyp der Wahnbildung gegolten haben, mit denen der paranoischen Erkrankungen, sehr wenig gemein. „Wenn der Paralytiker sich für einen Reichen, für einen König erklärt," sagt Meynert, „so unterscheidet er sich vom Paranoischen, der fast immer nur Ansprüche darauf erhebt, dadurch, daß er seinen Wahn für Tatsache erklärt." Der Grundmechanismus bleibt auch bei der Paranoia derselbe: das Gefühl siegt über das Urteil, aber wenn das Urteil auch bei klugen und besonnenen Kranken zugunsten greifbarer Irrtümer überwältigt wird, so setzt das eine Veränderung des Gefühlslebens voraus, die wir bis heute wohl bei den meisten rein affektiven Psychosen, nicht aber bei allen paranoischen Formen nachempfinden können. Die ältere Psychiatrie sah deshalb in der Paranoia eine reine Verstandeskrankheit [1]) und legte Nachdruck auf die Behauptung, daß ihre Wahnideen ohne primäre Mitwirkung eines Affektes entstünden. Das ist, wie G. Specht gezeigt hat, falsch. Keine Wahnidee entsteht ohne Affekt, weil es ohne Gefühl überhaupt keine Überzeugung gibt. Man kann allenfalls mit Bleuler gegen Specht einwenden, daß das Mißtrauen selbst, das der paranoischen Wahnbildung vorangeht, kein Affekt sei, sondern ein intellektueller Vorgang, ein unklares, unsicheres Urteil. Aber was dieses Urteil trotz der Unsicherheit der Beweisgründe trägt und hält und schließlich sicher gestaltet und subjektiv klar macht, das ist ein Gefühl. Nur läßt sich dieses Gefühl mit Worten ebensowenig beschreiben wie die Angst und die Depression, in Andeutungen kennt es aber jeder Gesunde.

Übrigens gibt es zwei Gruppen von Wahnbildungen, deren Entstehung von der aller bisher besprochenen so weit abweicht, daß an der psychologischen Zusammengehörigkeit dieser Symptome ernstlich gezweifelt werden darf. Bei beiden wird man deshalb die Frage erwägen müssen, ob es überhaupt richtig ist, hier noch von Wahnideen zu sprechen. Die eine Gruppe betrifft alle Wahnbildungen in den Delirien, die andere manche im Verlaufe der Schizophrenie.

Deliriöse Wahnideen.

In unseren Träumen erleben wir alle wahnhafte Auffassungen, und wenn wir nach ihrer Ursache forschen, so stoßen wir wenigstens auf ein bei jeder Wahnbildung wirksames Moment: auf ein Versagen der Kritik. Schwieriger wäre es schon, das andere nachzuweisen, das wir in der Affektivität kennen lernten. Nun gibt es freilich gerade heute Autoren, die alle Träume für Wunschträume erklären und in ihnen gefühlsbetonte Komplexe nachweisen möchten, die im Wachen unterdrückt, in der Bewußtseinstrübung des Traumes aber kritiklos realisiert würden. Über die Berechtigung solcher Traumdeutungen soll hier nicht gestritten, wohl aber festgestellt werden, daß sich die Wahn-

[1]) Die Behauptung Hitzigs: jede Wahnidee setzt einen Intelligenzdefekt voraus, ist entweder eine Tautologie oder klinisch falsch.

bildungen in den pathologischen Bewußtseinstrübungen, wenn wir von den hysterischen absehen, auf diese Weise nicht erklären lassen. Beim epileptischen, toxischen und infektiösen Delir sind offensichtlich andere Mechanismen wirksam, von denen wir bis heute nur einen Teil übersehen: die Auffassung wird unscharf, Sinnestäuschungen treten auf, und das Urteil wird unfähig, sich dieser Traumwelt objektiv gegenüber zu stellen. Aber diese „Wahnbildungen" werden auch durchaus nicht so fest fixiert wie andere. In der Genesung werden sie berichtigt, genau so wie der Gesunde gelegentlich „persistierende Vorstellungen" (Liepmann) korrigieren muß, die ihm aus seinen Träumen zurückblieben, und die er zunächst für die Erinnerungen an wirkliche Erlebnisse hielt. Nur bei intellektuell geschwächten Personen reicht das Urteil zur Beseitigung eines solchen „Residualwahns" nicht immer aus.

Schizophrene Wahnbildungen.

Wie bei der Dementia praecox zuweilen Wahnbildungen zustande kommen, wurde früher schon angedeutet. Zwei Ideen werden in wahnhafter Weise miteinander verflochten, nur weil der Gedankenstrom sie zufällig zu gleicher Zeit flott macht. Häufig wird das Produkt dann ganz unvermittelt in Gestalt eines „pathologischen Einfalls" bewußt, ohne übrigens immer fixiert zu bleiben (Bonhoeffer). Streng genommen sollte man das nicht Wahnideen nennen. Halten die Kranken an so zustande gekommenen Behauptungen dauernd fest, so wird man das für eine Bizarrerie, für Eigensinn oder für eine stereotype Form des Denkens und nicht für den Ausfluß einer tief inneren Überzeugung ansprechen dürfen. Es ist eigentlich nur eine Konvention, wenn man auch heute noch alles als Wahn bezeichnet, was früher in den psychiatrischen Kliniken dafür ausgegeben worden ist. Bei den ‚Ideen" der Schizophrenen handelt es sich recht oft, wenn nicht gar um schlechte Scherze, um ein faseliges Geschwätz, hinter dem man die subjektive Gewißheit der Wahnidee vergeblich suchen würde.

Oft werden Wahnideen durch die eigentümliche Denkstörung und ihre Wirkung auf die Sprache auch nur vorgetäuscht. So hatte eine Patientin meiner Beobachtung jahrelang behauptet, ihr Mann habe sich an ihren Töchtern geschlechtlich vergangen, und ihr Hausarzt habe sie selbst vergewaltigt. Bei genauer Exploration ergab sich schließlich, daß sich der Mann von den Töchtern gelegentlich die Füße hatte waschen lassen, was die Kranke „unpassend und unsittlich" fand, und daß der Arzt ihr (der Patientin) angeblich nicht mit dem Respekt entgegen gekommen war, den sie beanspruchte. Damit hatte er ihre „weibliche Ehre" verletzt und sie „entehrt", und „das nenne ich eben Gewalttat". Die Kranke wußte genau, daß weder der Arzt noch der Mann das getan hatten, was man nach dem allgemeinen Sprachgebrauch aus ihren Worten hätte entnehmen müssen und durch Jahre hindurch (in Ehescheidungs- und anderen Prozessen) tatsächlich entnommen hatte Aber sie „nannte die Dinge eben so".

Autismus.

Selbstverständlich soll mit diesen Bemerkungen nicht bestritten werden, daß sich in manchen anderen Fällen von Dementia praecox auch die beiden Motive der gewöhnlichen Wahnbildung, das aktive des Affekts und das passive



der Urteilsstörung, nachweisen lassen. Das Gefühl läßt die Kranken das glauben, was sie sich wünschen, und die eigentümliche Störung des Denkens verhindert sie, den Irrtum einzusehen. Viele Schizophrene schließen sich von der Außenwelt mit ihren Gedanken ganz ab, sie leben nur ihrer Traumwelt, in der sie sich alle Wünsche eben deshalb erfüllen können, weil sie alle tatsächlichen und logischen Gegengründe bewußt absperren. Darin liegt ein Hauptunterschied dieses schizophrenen „Autismus" (Bleuler) von dem „Wachträumen", der gesteigerten Phantasietätigkeit mancher Psychopathen, die die Kritik doch nur ganz ausnahmsweise so völlig verlieren. Dazu kommt meistens noch der Einfluß auf das äußere Verhalten: mit dem Autismus der Dementia praecox-Kranken hängen manche Absonderlichkeiten ihres Benehmens zusammen, die bei Psychopathen meistens fehlen; sie sperren nicht bloß alle Gegenmotive ab, sondern oft auch alle Wahrnehmungen, die sie in ihrer Traumwelt stören könnten, und so ist der Autismus zuweilen eine der Ursachen, die nach außen als Negativismus („Affektlage der Ablehnung") wirken. Immerhin ist dieses Kriterium nicht ganz zuverlässig; daß die Kranken jede Störung ihrer traumhaften Phantasiewelt ablehnen, beobachten wir auch bei (hysterischen) Psychopathen, und auf diese Weise kommt zuweilen auch bei ihnen eine Art Stupor zustande. Dieselben Patienten erscheinen übrigens häufig verworren und unklar, wenn man den Wahnkomplex berührt, während sie auf anderen Gebieten klar und geordnet antworten, und auch darin berühren sie sich wieder mit den Schizophrenen, die innerhalb ihres Komplexes natürlich auch mehr Unsinn reden als außerhalb. Hier ist der Unterschied der, daß einzelne schizophrene Assoziationen so gut wie immer auch bei der Erörterung indifferenter Themata auftreten, während hysterische Psychopathen neben den wahnhaften Einbildungen höchstens noch spezifisch pseudo-demente Reaktionen zeigen.

Formen.

Die Grundzüge der Wahnbildung und die Unterschiede, die in dieser Hinsicht vorkommen, werden noch deutlicher zutage treten, wenn wir nunmehr die einzelnen häufigen Formen des Wahns gesondert betrachten. Wir sahen, daß im Mittelpunkt jeder Wahnidee das Ich steht, das immer unrichtig beurteilt wird; schon der Gesunde, sagt Kraepelin, ist auf keinem Gebiet des Denkens gröberen Täuschungen ausgesetzt, als auf dem der Selbsterkenntnis. Und da alles menschliche Streben durch den Wunsch nach innerer Größe und Kraft und nach äußerer Anerkennung sowie durch die Furcht vor dem Gegenteil, vor Kleinheit, Armut, Mißachtung und Krankheit gelenkt wird, so bilden den Inhalt der Wahnideen: Größenvorstellungen, Kleinheitsideen (von hypochondrischer oder melancholischer Färbung) und Verfolgungsgedanken.

Depressive Ideen.

Das Prototyp der depressiven Wahnidee, der melancholische Wahn, steht dem gesunden Verständnis am nächsten. Zu melancholischen Auffassungen neigen heutzutage viele gebildete Menschen. Das gesteigerte Verantwortlichkeitsgefühl, mit dem die moderne Zivilisation sie belastet, legt den Gedanken an eigene Verschuldung so nahe, daß länger dauernde gemütliche

Verstimmungen hier leichtes Spiel finden. Darum sind überwertige Ideen dieses Inhaltes so häufig; besteht der Affekt länger oder ist er von vornherein sehr stark, so wird aus der „schwankenden" Wahnidee eine wirkliche. Alte Erinnerungen werden hervorgeholt und infolge der einseitigen Gefühlsbetonung verfälscht; harmlose Handlungen werden als schwere Verfehlungen gedeutet und moralische Mängel, die allen Menschen anhaften, als unverzeihliche Sünden empfunden. Katholiken haben falsch gebeichtet und unwürdig kommuniziert, Beamte ihre Pflicht verletzt, Eheleute den Gatten schlecht behandelt, die Kinder nicht gut erzogen, das Vermögen verschleudert; alte Menschen plagen sich um angebliche oder wirkliche Masturbation in der Kindheit. Dazu kommen ängstliche Befürchtungen; das Geschäft ist ruiniert, das Amt verloren, die Freunde ziehen sich zurück, die Hausleute grüßen nicht mehr, die Polizisten achten auf den Kranken, der Staatsanwalt ist schon aufmerksam gemacht worden, das Zuchthaus ist unvermeidlich[1]); oder die begangenen Sünden richten sich gegen den heiligen Geist und können nie mehr vergeben werden, der Kranke wird ewig verdammt sein.

Bei dem reinsten Typus der Melancholie, bei den Depressionszuständen des zirkulären Irreseins, halten sich die kranken Ideen gewöhnlich in den Grenzen des an sich Denkbaren und bleiben dem normalen Empfinden verständlich; ja nicht ganz selten ist das, was sich die Kranken vorwerfen, inhaltlich ganz richtig und nur zu stark gefühlsbetont. Nur wenn die Intelligenz von vornherein gering war, oder wenn hysterische Züge hinzutreten, besonders aber dann, wenn hinter der Depression ein organischer Prozeß (Dementia praecox, paralytica, arteriosclerotica oder senilis) steht, weichen die Vorstellungen von normalen Gedankenkreisen regelmäßig weit ab. So ist für senile Depressionen bis zu einem gewissen Grade typisch der nihilistische Wahn; der Kranke ist nicht bloß total verarmt und von allen Menschen verachtet, sondern er existiert gar nicht mehr, er hat keinen Magen, kein Herz, kein Gefühl und keine Empfindung, er schläft nie und hat gar keinen Stuhlgang, sein Vermögen ist fort, sein Haus verbrannt, seine Angehörigen sind alle gestorben. In anderen Fällen werden furchtbare Strafen erdacht: das Schafott ist schon aufgerichtet, Häscher stehen draußen, um den Kranken lebendig zu rösten, seine Eingeweide sind verbrannt und entzündet, das Gehirn fließt zur Nase heraus, er kann niemals sterben, muß seine Qual immer mit sich herumtragen.

Hypochondrische Wahnideen.

Eine hypochondrische Färbung, wie sie ein Teil dieser Beispiele zeigt, nehmen depressive Wahnideen häufig an. Großen diagnostischen Wert besitzen aber solche Nuancen nicht; denn nur die allgemeine Richtung, nicht aber der besondere Inhalt der Wahnideen ist für bestimmte Krankheiten typisch. Die spezielle Wahnfabel wird durch persönliche Anlage und Erziehung, durch Lebensschicksale und sogar durch rein zufällige Ereignisse im Beginn der Erkrankung bestimmt, und deshalb läßt die traurige Gesamtauffassung den einen an moralische Verfehlungen, den andern an körperliche Krankheiten glauben. Immerhin gibt es gewisse Gesetzmäßigkeiten. So werden hypo-

[1]) Auf diese Weise kommt es nicht selten zu einer Mischung von Kleinheits- und Verfolgungsideen.



chondrische Auffassungen bei den leichten zirkulären Verstimmungen durch die Hemmung und das Gefühl der Leistungsunfähigkeit besonders nahe gelegt. Im ganzen verdichten sich bei intakter Intelligenz hypochondrische Befürchtungen noch seltener zu fixen Wahnvorstellungen als melancholische; an diesen überwertigen Ideen läßt der Kranke gern rütteln, und man kann sie ihm wenigstens vorübergehend ausreden.

Bei den Verblödungsprozessen verhält sich das anders. Schizophrene Patienten fixieren gerade hypochondrische Überzeugungen besonders häufig, und das gleiche beobachten wir bei senilen und bei allen organischen Hirnprozessen sonst. Lassen sich diese ganz ausschließen, so müssen lange festgehaltene hypochondrische Wahnideen einen andern Verdacht erwecken: den nämlich, daß sie nicht mehr rein depressiver, sondern schon paranoischer Natur sind, Verfolgungsvorstellungen enthalten.

Verfolgungsideen.

Eine solche Mischung ist häufig. Schizophrene, Involutionskranke und Senile, vor allem aber auch Degenerierte, Paraphrene und echte Paranoiker geben ihren hypochondrischen Auffassungen oft von vornherein diese Richtung; andere Menschen sind an ihrer Krankheit Schuld, haben sie krank gemacht, Vorgesetzte durch Überanstrengung im Dienst, Ärzte durch eine unzweckmäßige Kur. Diese Patienten betreiben viel mehr die Anerkennung ihrer eingebildeten Krankheit als deren Heilung und bringen, anstatt vom Arzte Belehrung zu wünschen, selbst fertige Erklärungen für ihre Leiden mit, an denen sie unerschütterlich festhalten.

Einen Teil der sonstigen, nicht hypochondrischen Formen der Verfolgungsideen haben wir bei der Erörterung der überwertigen Vorstellungen kennen gelernt. Wir wollen sie jetzt mit den Größenideen zusammen besprechen, zu denen sie innige klinische und psychologische Beziehungen besitzen. Wer sich von vielen und einflußreichen Personen oder von ganzen sozialen Verbänden verfolgt glaubt, wird daraus eine gewisse Selbstüberschätzung leicht herleiten, und umgekehrt wird ein krankhaft gesteigertes und von der Außenwelt nicht anerkanntes Selbstbewußtsein zuweilen zur Ausbildung von Verfolgungsideen Anlaß geben können. So kommen z. B. die Beeinträchtigungsideen bei manischen Kranken zustande oder — freilich seltener — die, die sich gelegentlich mit den Größenideen der Paralytiker zusammenfinden. Noch häufiger ist der umgekehrte Zusammenhang: Paraphrene und in paranoider Form verblödende Kranke leiten aus ihren wahnhaften Schicksalen Christus-Parallelen und ähnliche Größenideen ab.

Größenideen.

Da, wo die Größenvorstellungen selbständig auftreten, entspringen sie stets einer gehobenen Stimmungslage und sie erreichen dementsprechend die höchsten Grade und die absurdesten Formen dann, wenn diese Stimmungslage mit erheblicher Urteilsschwäche zusammentrifft. Der Maniakus (und ebenso der manisch gestimmte Hebephrene) hält sich, wenn er im Ernst spricht, fast immer in den Grenzen des Möglichen. Er täuscht sich über seine Leistungsfähigkeit und über seine Verbindungen und beurteilt seine Aussichten

zu günstig; aber wenn er wirklich mit phantastischen und unglaubwürdigen Überschätzungsideen hervortritt, so ist es ihm nicht ernst, dann handelt es sich um Aufschneidereien oder um die Sucht, die Umgebung zu reizen; zu eigentlichen Wahnvorstellungen kommt es auf diese Weise nicht. Beim Paralytiker dagegen wird das überströmende Glücksgefühl, das ihn häufig beherrscht, durch keine Kritik gehemmt. Er erfüllt sich sofort alles, was er sich wünscht, und gelangt so zu ungeheuren Körperkräften, ungezählten Kindern, unermeßlichem Reichtum, zu den höchsten Ehrenstellen. Sein Stuhlgang besteht aus Gold, seine Zähne sind Perlen, sein Sohn ist ein Genie, die Tochter wird den Kaiser heiraten, auf der Bank liegen zehn Milliarden. Aber auch diese Ideen werden nicht annähernd so festgehalten wie die der Paranoiker und der Paraphrenen; sie lassen sich durch Suggestivfragen beeinflussen und namentlich steigern und sie werden vergessen und durch andere ersetzt.

Durchaus anders verhalten sich die eigentlichen paranoischen Krankheiten. So verschieden sie auch im einzelnen sind, allen ist das gemein, daß der Wahn tief in der Persönlichkeit wurzelt und den Standpunkt des Kranken im Leben von Grund auf verändert. Was bei den Verblödungsprozessen eine für die Diagnose unwesentliche Episode darstellt, ist hier die Krankheit selbst, und darum soll auf diese Wahnformen im folgenden etwas ausführlicher eingegangen werden.

Paranoische Ideen.

Wir beginnen mit dem verhältnismäßig seltenen Wahn der chronischen Paranoia. Sein reinster und durchsichtigster Typus, der zugleich dem Verständnis des normalen Menschen am nächsten steht, ist der querulatorische, der Wahn der rechtlichen Benachteiligung. Wir haben ihn bei Erörterung der überwertigen Ideen kennen gelernt und gesehen, wie er sich bei disponierten, in ihrem Rechtsgefühl empfindlichen, mißtrauischen, halsstarrigen und selbstbewußten Personen aus kleinem äußeren Anlaß entwickelt. Auch der Übergang von der bloßen Vermutung zur festen Wahnvorstellung wurde damals verfolgt. Diese erste Idee breitet sich dann folgerichtig aus und führt zu einem System, das sich aber immer auf einen verhältnismäßig kleinen Kreis des gesamten Vorstellungslebens beschränkt. Nur was mit den Gerichten oder sonstigen Behörden zu tun hat, wird im Sinne des Verfolgungswahns gedeutet. Und da alle grob sichtbaren und handgreiflichen Merkmale des Irreseins sonst fehlen, Intelligenz und geistige Energie häufig sogar ausgezeichnet sind, und besonders die formale Logik erhalten bleibt, so täuschen die echten Querulanten die Laien häufig und machen zuweilen auch dem Kundigen die Diagnose schwer. Alle Dinge, die sie vortragen, könnten sich zur Not ereignet haben, und viele von ihren Klagen klingen zunächst wahrscheinlicher als das z. B., was der Hauptmann Dreyfuß tatsächlich erlebt hat. Auch zu eigentlichen Größenwahnideen kommt es bei diesen Kranken trotz ihres Selbstbewußtseins nicht.

Natürlich gilt diese Schilderung nicht bloß für die eigentlichen Querulanten, sondern ebenso für die verwandten Fälle, in denen bei paranoisch veranlagten Psychopathen der Anstoß zur Entwicklung des Wahnsystems zufällig nicht von Konflikten mit dem Gericht oder den Versicherungsbehörden (Unfallspatienten!), sondern von irgendwelchen Reibungen im Leben sonst ausgeht. Insofern werden wir auch die „Psychose der Schwerhörigen und Tauben“, die

Kraepelin abgrenzt, trotz mancher Beziehungen, die sie mit anderen Formen, insbesondere den Haftpsychosen der Degenerierten verbindet, hierher rechnen müssen. Sie entwickelt sich bei hypoparanoischen Naturen aus dem psychologisch verständlichen Mißtrauen und der Unsicherheit der Schwerhörigen, überschreitet aber ebenfalls niemals die Grenzen eines lebhaften Beziehungswahns und führt nicht zu Größenvorstellungen. Die Kranken glauben sich verspottet, verlacht, mißachtet, beleidigt, hören über sich sprechen und schelten und ziehen sich deshalb verstimmt von aller Welt zurück.

Das dem Normalen, wie gesagt, beinahe immer verständliche Verhalten des Wahns bei der echten chronischen Paranoia ist nun diagnostisch deshalb besonders wichtig, weil die übrigen paranoischen Krankheiten darin alle erheblich von dieser einen abweichen. Am nächsten stehen dem Querulantenwahn noch gewisse systematisierende Fälle der Krankheitsgruppe, die Kraepelin Paraphrenie nennt, und die — für unsere heutige klinische Erkenntnis — das breite Gebiet zwischen den paranoischen Demenzformen und der echten Paranoia ausfüllt. Auch bei ihnen begegnen wir einem System, das freilich schon üppiger wuchert und sich möglichst alle Lebenserfahrungen unterjocht, und auch hier kommt es nicht zu einem geistigen Verfall, außer wenn man ihn in der Unsinnigkeit der Wahnideen selbst erblicken will. Das Wahngebäude aber übersteigt alles Maß und nimmt namentlich unter der Mitwirkung von Sinnestäuschungen schließlich sehr abenteuerliche Formen an. (Als Beispiel mag das System des Senatspräsidenten Schr. gelten, das am Schlusse dieses Abschnittes in Auszug mitgeteilt werden soll.)

Insofern berührt sich die Paraphrenie in manchen Ausläufern mit einer anderen Krankheit, die Kraepelin früher als eine Verlaufsform der Schizophrenie (Dementia paranoides) beschrieben hat, und die man m. E. heute besser mit demselben Autor unter dem nichts präjudizierenden Namen der Dementia phantastica sowohl[1]) von der Paraphrenie wie von der Dementia praecox zu trennen versucht. Die Tatsache, daß dieser Versuch nach beiden Seiten hin Schwierigkeiten begegnet, beweist wie notwendig er ist; denn so sehr manche dieser Zustandsbilder denen der Paraphrenie gleichen können, alle haben auch mit den wahnhaften Formen der Schizophrenie eines gemein: die Neigung zum Zerfall, die im Verlaufe des Leidens nicht bloß der Wahn, sondern auch die Persönlichkeit zeigt.

Zieht man extreme Fälle zum Vergleiche heran, so wird dieser kardinale Unterschied, der die Dementia phantastica von der Paraphrenie (und erst recht von der Paranoia) trennt, schon früh deutlich. Was dort in allmählicher Entwicklung, unter Umständen im Laufe mehrerer Jahrzehnte geschieht, spielt sich hier in Monaten, Wochen, ja selbst Tagen ab. Ein einfacher Arbeiter wird von ganzen Staaten, von politischen Parteien, von den Juden, von der Loge, von einer Geisterwelt verfolgt, die Polizei und das Militär aller Länder achten auf ihn, jedes Hotel ist über ihn benachrichtigt, überall versucht man, ihm Gift ins Essen zu tun, veranstaltet alles Mögliche, um ihn des Nachts

[1]) Insofern scheint uns der erste von Kraepelin jetzt vorgeschlagene Name Paraphrenia phantastica nicht glücklich, gewählt zu sein. Die Krankheit ist ein Verblödungsprozeß, und auf die sehr treffende Bezeichnung Dementia paranoides müssen wir nur deshalb verzichten, weil sie aus historischen Gründen an eine Verlaufsform der Schizophrenie denken läßt.

zu stören, beeinflußt ihn telepathisch, durch Hypnose, durch drahtlose Telegraphie, reizt seine Eingeweide und lähmt sein Gehirn; Gott Vater spricht mit ihm jede Nacht, der Kranke ist Gottes Sohn, ist Christus, hat die Welt erlöst, er lenkt die Sonne und alle Sterne usf.

Auch hier werden die einzelnen Vorstellungen noch zu einer Art System vereinigt; aber schon im Entstehen bröckeln von dem Gebäude einzelne Steine ab, die Teile fallen auseinander und können nur durch dialektische Konstruktionen noch mühsam zusammengehalten werden. Es wird auch nicht mehr alles festgehalten; wer heute von den Jesuiten verfolgt wurde, macht nach einiger Zeit die Juden verantwortlich, und wer gestern noch zum Feldherrn bestimmt war, ist später schon Kaiser oder Papst.

Je weiter sich dieses Bild von dem der Paraphrenie entfernt, um so mehr nähert es sich den paranoiden Syndromen der Verblödungsprozesse, der Schizophrenie, der Dementia paralytica, senilis und arteriosclerotica. Auch darin liegt eine diagnostische Schwierigkeit, der wir bis jetzt nicht Herr geworden sind. Von der Paraphrenie über die Dementia phantastica bis zu den paranoiden Formen der Schizophrenie führt eine für unsere heutige Erkenntnis lückenlose Reihe von fließenden Übergängen. Wir können es einem Wahn nicht in allen Fällen und zu jeder Zeit ansehen, ob er eine Verblödung anderer Art begleitet oder (als Dementia phantastica) eine eigene Form der Demenz einleitet. Hier ist unsere Diagnose häufig auf ganz andere und ev. sogar körperliche Symptome angewiesen. Aber das gilt, wie gesagt, nur für die Übergangsfälle. Die abstrusen und verworrenen Verfolgungs- und Größenideen, die nicht bloß bei der Paralyse und im Senium, sondern auch bei der Katatonie die häufigsten sind, wird man auch mit den abenteuerlichsten Systemen der Dementia phantastica nicht leicht verwechseln. Ihre besondere Gestaltung (vgl. spez. Teil) hängt von der Grundkrankheit ab. Gemeinsam pflegt ihnen das rapide Anschwellen, der schnelle Wechsel ihres Inhaltes, die Entstehung aus Konfabulationen und die Suggestibilität zu sein. Bei den Paralytikern (und manchen Senilen) tritt dazu noch ein besonderer schwächlicher Zug, der sie ungeheuerliche Dinge behaupten läßt, bloß um einem momentanen Glückgefühl Luft zu machen.

Dagegen erwecken die Räubergeschichten, die Schizophrene erzählen, zuweilen eher den Verdacht einer halbwillkürlichen Entstehung; die Kranken denken sich in eine Rolle hinein, erfüllen sich in der Phantasie ihre Wünsche und geben Befürchtungen für reell aus, mit denen sie bloß gespielt hatten. „Ich tue dasselbe, was Goethe auch getan hat", sagte mir eine Kranke, die in vielen Edikten den Kaiser absetzte und die Welt regierte, „ich beschäftige meine Phantasie." Wie wenig diese „Wahnideen" mit der Persönlichkeit verschmolzen sind, geht auch daraus hervor, daß das Verhalten der Patienten dem Inhalt ihres Wahns oft sehr wenig entspricht. Der gleiche Kranke, der sich vom Arzte beeinflußt, des Nachts mißhandelt und seinen Körper ruiniert wähnt, verkehrt freundlich mit diesem Arzte, erbittet Gefälligkeiten von ihm und ist für ihre Gewährung aufrichtig dankbar. So scheint, wie Bleuler es ausdrückt, ein Teil des Ichs an die Wahnidee zu glauben und ein anderer nicht, und Wahnideen bestehen nebeneinander, die sich ihrem Inhalt nach ausschließen sollten. Schüle hat deshalb für diese Fälle das Wort vom „Wahnchaos" geprägt.

Das Wort trifft alle Wahnbildungen der Schizophrenie, auch wenn sie einen hypochondrischen, melancholischen oder expansiven Inhalt haben. Sie werden nicht systematisch aufgebaut, sind in sich widerspruchsvoll und werden ohne entsprechenden Affekt vorgetragen. Die Kranken werden mißhandelt, fremde Gedanken werden ihnen gemacht, ihre eigenen ihnen abgezogen; die Lungen sind verfault, das Gehirn ist verbrannt, der Kranke ist schon mehrfach gestorben, seine Kinder sind Affen; er selbst hat ungeheuerliche Verfehlungen begangen — und bei alledem ist er ruhig und fröhlich; er behauptet, der Fürst aller Fürsten zu sein, und verrichtet täglich untergeordnete Arbeiten. Oder zum mindesten tritt der ursprünglich vorhandene Affekt allmählich zurück, der Wahn wird zur leeren Hülse, zum Schemen, zur Stereotypie. Manche Kranke machen sich selbst darüber lustig — wenn ihre Denkstörung sie auch nicht zur vollen Einsicht gelangen läßt. Beachtung verdient schließlich das relativ häufige Hervortreten sexueller Beziehungen; die Kranken beschuldigen sich der Päderastie oder der Sodomie, werden von anderen geschlechtlich mißbraucht, verkehren jede Nacht sexuell mit der Jungfrau Maria, mit Gott Vater, mit dem Teufel, alle Welt ist in sie verliebt, macht ihnen Zeichen, Höherstehende wollen sie heiraten.

Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten.

Nicht immer leicht ist die Unterscheidung schizophrener Wahnideen von einer Wahnform, auf die neuerdings Birnbaum aufmerksam gemacht hat und die er als „wahnhafte Einbildungen der Degenerierten" bezeichnet. Der Autor hat diese Bezeichnung und nicht die der Wahnideen gewählt, weil die Verfolgungs- und Größenideen bei den — nicht schwachsinnigen! — Psychopathen, die er im Auge hat, nicht fest fixiert, sondern oberflächlich, labil und beeinflußbar sind, in ihrem Realitätswert schwanken und von den äußeren Bedingungen des Lebens unmittelbar abhängen. Die Kranken, deren Psychose häufig in der Haft ausbricht, in der Freiheit zum Stillstand kommt oder heilt, um bei erneuter Verhaftung wieder auszubrechen, realisieren in ihren Einbildungen ihre innersten Wünsche, sie verwirklichen lustbetonte und verdrängen unlustbetonte Komplexe und gelangen so zu Größenideen, die an die Luftschlösser der Kinder erinnern, und zu Verfolgungsvorstellungen, die sich aus der äußeren Situation ohne weiteres erklären lassen; sie sind unschuldig, Graf oder Fürst; der Gefängnisdirektor mißhandelt sie, der Kaiser wird kommen, sie zu befreien. Das alles wird mit spielerischer Lässigkeit vorgetragen und gewöhnlich aufgegeben, sobald die Schädlichkeit der Haft fortfällt. Es ist nützlich, das zu wissen, weil man in seinem Gutachten zweckmäßig auf diese Möglichkeit hinweist. — Auf die offensichtlichen Beziehungen dieser wahnhaften Phantasieprodukte zu den Erzeugnissen der Pseudologia phantastica braucht kaum hingewiesen zu werden. Auch klinisch besteht zwischen beiden Störungen ein Zusammenhang, der in der gemeinsamen hysterischen Komponente gegeben ist.

Nun hat Bleuler die Ansicht ausgesprochen, auch diese von Birnbaum beschriebenen Fälle gehörten der Dementia praecox an. Birnbaum hat seine Auffassung, wie uns scheint, mit guten Gründen vertreten, aber es ist zuzugeben, daß zwischen den Wunschkomplexen der Schizophrenen und denen der Dege-

nerierten tatsächlich Beziehungen bestehen. Sie ergeben sich aus dem Vergleich der hier versuchten Darstellungen von selbst, und wer sie an praktischen Fällen erlebt hat, wird die Hoffnung aufgeben müssen, die Differentialdiagnose immer auf Grund der Wahnbildungen allein stellen zn können. Wohl aber wird die Entscheidung möglich, wenn wir auf das Vorkommen anderer schizophrener Symptome, insbesondere auf die Störungen des Gedankenganges und auf die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia praecox, sowie auf der anderen Seite auf sonstige psychogene Reaktionen achten.

Differentialdiagnose.

Am Schlusse dieses Abschnittes wollen wir in einem Rückblick die einzelnen klinischen Krankheitsformen noch einmal kurz unter dem Gesichtswinkel betrachten, ob und wie weit bei ihnen Wahnbildungen vorkommen, und inwiefern die spezielle Gestaltung des Wahns ihre Diagnose erleichtert. Es wird sich dabei im wesentlichen um eine Nachlese handeln; denn die meisten hierher gehörigen Fragen sind im Vorstehenden schon erörtert worden.

Organische Formen.

Allgemein kann festgestellt werden, daß es keine einzige große Krankheitseinheit gibt, bei der nicht gelegentlich auch Wahnbildungen beobachtet würden. Von den organischen Psychosen ist oben wiederholt gesprochen worden. Sie können ausnahmsweise alle ohne Wahnideen verlaufen, und speziell bei der einfach dementen Form der Paralyse braucht es niemals zu einer fixen Wahnvorstellung zu kommen. Im ganzen aber sind Wahnbildungen bei den meisten organischen Krankheiten häufig; neben der Urteilsschwäche und den Stimmungsanomalien wirkt in dieser Richtung auch die Gedächtnisschwäche, die massenhafte und selbst groteske Erinnerungsfälschungen zuläßt. Im einzelnen sind bei der Paralyse, wie erwähnt, Größenideen besonders typisch, aber auch zu melancholischen und hypochondrischen Auffassungen kommt es namentlich im Anfang häufig. Verhältnismäßig selten sind dagegen paranoische Ideen, die über gewisse wahnhafte Auffassungen hinaus gehen. Von der Suggestibilität aller Wahnideen bei der Paralyse und von ihrer Veränderlichkeit war schon die Rede.

Bei den senilen und präsenilen Psychosen finden sich sowohl paranoische, melancholische wie hypochondrische Vorstellungen. In der Involution und zwar namentlich bei Frauen ist besonders häufig eine Mischung von Versündigungs- und Verfolgungsideen. Die Kranken fühlen sich unruhig und ängstlich, beschuldigen sich dann selbst und hegen allerlei Befürchtungen für die Zukunft und schließlich machen sie für ihr Unglück andere verantwortlich, die sie verfolgen; die Umgebung erscheint verändert, Gegenstände verschwinden und werden vertauscht; der Mann bricht die Treue, die Hausbewohner ersinnen alle möglichen Schikanen. Neben diesen paranoischen Auffassungen, die gelegentlich durch echte Halluzinationen genährt werden und auffallend häufig einen sexuellen Inhalt haben, bleibt gewöhnlich ein depressiv mißtrauischer Affekt bestehen; expansive Stimmung und Größenideen sind seltener. Von dieser Form führen fließende Übergänge zu den melancholischen, hypochon-

drischen und paranoischen Zustandsbildern bei den eigentlichen Senilen; alle Versuche, einzelne Gruppen aus diesen zahlreichen Krankheitsbildern heraus zu heben, sind bis heute gescheitert. Im allgemeinen kann nur das festgestellt werden, daß sich die Neigung zur Wahnbildung mit zunehmendem Alter (Kraepelin) vergrößert, und daß besonders die melancholische und, Hand in Hand mit ihr, die hypochondrische Tendenz wachsen. Außerdem beeinflussen natürlich Urteilsschwäche und Gedächtnisverlust die Wahnbildungen um so mehr, je weiter die senile Verblödung fortschreitet. Daß auf dieser Basis gelegentlich auch Größenideen entstehen, die sich von paralytischen kaum unterscheiden, wurde schon erwähnt. Nachzutragen ist als eine namentlich bei sehr alten Leuten verhältnismäßig häufige Form ein seniler Verfolgungswahn, der an die erwähnte „Involutionsparanoia“ (Kleist) erinnert und wie diese Frauen bevorzugt. Die Kranken glauben bestohlen, betrogen, vergiftet, durch Gerüche gequält zu werden. Eine Fortentwicklung des Wahns findet nicht statt, aber ebensowenig eine Korrektur.

Vergiftungen.

Auf die traumhaften und verworrenen Wahnideen der Amentiabilder des Fiebers soll bei der Besprechung der Bewußtseinstrübungen eingegangen werden, dagegen mögen die zum Teil charakteristisch gefärbten Wahnformen, die wir bei Vergiftungen antreffen, schon hier skizziert werden.

Die wahnhaften Verfälschungen und die Konfabulationen im Verlaufe des Delirium tremens sind ebensowenig echte Wahnideen wie die der Amentia; sie entspringen aus der Bewußtseinstrübung und den zahlreichen szenenhaften Halluzinationen und sind deshalb flüchtig und werden korrigiert, wenn sich das Bewußtsein wiederherstellt. Nur im Anfang des Delirs trifft man gelegentlich fixierte Verfolgungsideen — elektrische Motore werden gegen den Kranken benutzt, Gerichtsverhandlungen über ihn abgehalten —, aber sie gehen in der tieferen Bewußtseinstrübung bald unter. Merkwürdig ist die von Bonhoeffer hervorgehobene Tatsache, daß sich bei diesen Delirien das Persönlichkeitsbewußtsein niemals wahnhaft verändert.

Echten Wahnbildungen näher stehen die der akuten Halluzinose der Trinker, die bekanntlich niemals so tiefe Bewußtseinstrübungen herbeiführt wie das Delir. Gerade auf diesem Gegensatz zwischen relativer äußerer Besonnenheit und Haltung auf der einen und der vollen Kritiklosigkeit den Sinnestäuschungen und der Angst gegenüber auf der anderen Seite beruht der eigentümliche Eindruck dieser seltenen Krankheit. Mit der Angst hängt der Beziehungswahn der Kranken zusammen, die sich beachtet, fixiert, mitleidig betrachtet glauben, über die man am Nebentisch spricht und hinter denen man Zeichen macht. Die Sinnestäuschungen (vgl. dort S. 46) geben zu zahlreichen Erklärungswahnideen Veranlassung, die im einzelnen selten festgehalten werden. Gedankenübertragung, Hypnose, Telephon, Telegraph, durchbohrte oder versenkbare Wände müssen herhalten, um die Halluzinationen zu erklären.

Heilen die Halluzinose oder das Delir nicht, so entwickeln sich chronische Wahnbildungen, die ihre Entstehung aus Sinnestäuchungen dauernd erkennen lassen und sich gewöhnlich auf Verfolgungsideen beschränken. Zu einem eigentlichen System kommt es auch hier nicht, wohl aber zu einem Zerfall der Per-

sönlichkeit und des Wahns, der Kraepelin von einem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker sprechen und andere Autoren (Gräter) an die Zugehörigkeit dieser Fälle zur Schizophrenie denken läßt. Die Verfolgungsideen werden zwar nicht aufgegeben, blassen aber doch ab und verlieren ihren Gefühlston (Residualwahn).

Wahnbildungen können schließlich beim Alkoholisten auch in allmählicher Entstehung ohne die Mitwirkung stärkerer Bewußtseinstrübungen und Sinnestäuschungen zustandekommen, und bekanntlich ist es insbesondere der Wahn der ehelichen Untreue, der viele degenerierte Säufer charakterisiert. Für seine Entstehung sind häufig psychologische Erklärungen versucht worden; sicher trägt die unscharfe Auffassung zur Ausbildung dieses Wahns bei. Ob eine Veränderung im Ablauf der geschlechtlichen Funktionen (vermehrte Libido, Ejaculatio tarda) als ursächliches Moment hinzutritt, mag dahingestellt bleiben; gewiß ist, daß die psychologisch wohl begründete Abneigung der Ehefrau gegen den betrunken heimkehrenden Mann die Entstehung der Eifersucht fördert. So findet dieser für seinen ursprünglich in der Absicht brutaler Beschimpfung geäußerten Verdacht immer neue Gründe; ein Knacken unter dem Bett, ein angeblicher oder wirklicher Fleck in der Wäsche, ängstliches Wesen der Frau — alles beweist ihre Untreue. Dadurch erhalten diese Eifersuchtsideen, die niemals weiter ausgebaut werden, von vornherein ein besonderes Gepräge, das sie von verwandten, bei Psychopathen auch sonst häufigen Vorstellungen unterscheidet.

Daß jedoch bei der Entstehung dieses Trinkerwahns nicht ausschließlich psychologische ,sondern tiefere klinische Gesetzmäßigkeiten mitspielen, wird durch die Häufigkeit wahrscheinlich gemacht, mit der Eifersuchtsideen auch bei der Kokainvergiftung beobachtet werden; auch hier kommen wir mit psychologischen Erklärungen nicht aus. Außer Eifersuchtsideen treffen wir bei diesen Kranken am häufigsten Erklärungswahnideen, die an zahlreiche Sensationen und sonstige Sinnestäuschungen anknüpfen. Für die Diagnose sind übrigens weniger die Wahnideen an sich als ihr Zusammentreffen mit anderen Symptomen (rauschartige Unruhe, Rededrang, Ideenflucht etc.) von Wert.

Schizophrenie.

Von den Wahnideen bei der Dementia praecox war oben so ausführlich die Rede, daß darauf verwiesen werden kann.

Paranoische Formen.

Das gleiche könnte für die paranoischen Wahnformen gesagt werden, wenn nicht die besonderen Schwierigkeiten der klinischen Abgrenzung, denen wir hier begegnet sind, es zweckmäßig erscheinen ließen, unseren oben vertretenen Standpunkt noch einmal scharf herauszuheben. Danach kennen wir zwei extreme Krankheiten, die bei jeder neuen Gruppierung dieser Formen als feste Endpole bestehen bleiben werden. Der eine ist die chronische Paranoia vom Typus des Querulantenwahns, der sich bei erhaltener Besonnenheit und guter formaler Logik und ohne Mitwirkung von Sinnestäuschungen bei disponierten Menschen nach einem äußeren Anlaß ent-

wickelt; den anderen bilden die paranoischen Zustandsbilder im Verlaufe der Dementia praecox, die sich im Prinzip von denen nicht unterscheiden, die wir bei anderen Verblödungsprozessen (Paralyse) auch beobachten. Daß es sich bei diesen Extremen um verschiedene Krankheiten handelt, wird niemand bestreiten, und auch das wird von den meisten zugegeben werden, daß außer ihnen zum mindesten noch eine dritte Krankheit existiert, die weder als Entwicklung einer psychopathischen Persönlichkeit noch als bloße Verlaufsphase innerhalb eines Verblödungsprozesses aufgefaßt werden kann. Aber die Abgrenzung dieser Krankheitsgruppe — der Paraphrenien, Kraepelin — ist nach beiden Seiten hin schwierig. Je klarer und durchsichtiger das System, je glaubhafter und denkbarer sein Inhalt, um so schwieriger wird die Abgrenzung von der Paranoia, insbesondere wenn Sinnestäuschungen fehlen; häufen sich aber die Sinnestäuschungen, verwirrt sich das System, und werden Wortneubildungen geschaffen, so wird die Unterscheidung von den paranoiden Formen der Schizophrenie zusehends schwerer. Angesichts dieser Schwierigkeit wird man mit Kraepelin die Möglichkeit im Auge behalten müssen, daß in Wirklichkeit zwischen dem Querulantenwahn und den paranoisch gefärbten Schizophrenien nicht eine, sondern mehrere Krankheiten stehen. Mir persönlich erscheint es als ausgemacht, daß die Dementia phantastica, die Kraepelin ursprünglich im Rahmen der Dementia praecox (als Dementia paranoides) beschrieben hatte, mit Katatonien und Hebephrenien nichts gemein hat. Trennen wir also diese Form von den paranoiden Zustandsbildern der Schizophrenie, so müssen wir mindestens schon drei paranoische Erkrankungen — die Paranoia (Querulantenwahnsinn), die Paraphrenie und die Dementia phantastica — außer denen annehmen, die symptomatisch im Verlauf der Vergiftungen und der Verblödungsprozesse, einschließlich der Dementia praecox, sowie ausnahmsweise als Zustandsbilder innerhalb der affektiven Psychosen auftreten[1]).

Von diesen drei Formen würden der Querulantenwahn (Paranoia) nicht eigentlich als Krankheitsprozeß, sondern als die Entwicklung einer von Geburt an abnormen (hypoparanoischen) Persönlichkeit, die Dementia phantastica dagegen als eine zur Verblödung führende Krankheit angesehen werden müssen, während die klinische Stellung der Paraphrenie in jeder Hinsicht unsicher bleibt.

Manisch-depressives Irresein.

Diejenige von den paranoischen Formen, die sicher endogener, konstitutioneller Natur ist, die echte chronische Paranoia, besitzt nun, wie wir früher (auf S. 170) schon angedeutet haben und später noch ausführlicher zeigen werden, gewisse Beziehungen zu den übrigen endogenen Formen des Irreseins und speziell zu ihrer häufigsten Gruppe, der manisch-depressiven Psychose. Daß bei diesen Wahnbildungen, auch wenn man den Begriff gegen die überwertige Idee scharf abgrenzt, verhältnismäßig häufig vorkommen, versteht sich für die depressiven Phasen der Krankheit von selbst. Wichtiger ist die Feststellung, daß außer den flüchtigen Überschätzungsideen der Manie,

[1]) Kraepelin selbst unterscheidet vorläufig die Paranoia, die systematisierende, expansive, konfabulierende und die phantastische Paraphrenie, also fünf Formen.

von denen schon gesprochen wurde, auch hier Verfolgungsideen beobachtet werden, die merkwürdigerweise sowohl aus der depressiven wie aus der manischen Stimmung hervorgehen können. Freilich geben melancholische Zustände im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins zu paranoischen Auffassungen seltener Anlaß als die Seelenstörungen des Klimakteriums und depressiv gefärbte organische Psychosen. Um so häufiger sind aber paranoische Ideen in manischen Zuständen, und insbesondere die konstitutionelle Erregung führt, wie Specht überzeugend nachgewiesen hat, aus psychologischen Motiven verhältnismäßig oft zu rein querulatorischen Bildern. Auch ein Teil der „verrückten“ Erfinder, Religionsstifter und sonstigen Weltbeglücker, von denen bei der Erörterung der überwertigen Ideen die Rede war, gehört hierher; nur kommt es bei ihnen selten zu wirklich fixen Wahnvorstellungen. Andeutungen von Verfolgungsideen beobachten wir übrigens besonders in der Rekonvaleszenz manischer Kranker häufig. Dann bleiben von der gehobenen Stimmung nur das Selbstbewußtsein und die Reizbarkeit übrig, und die daraus entspringenden Konflikte mit der Umgebung führen zu mißtrauischen Auffassungen, die unter Umständen ziemlich lange festgehalten werden. Außerdem machen manisch-depressive Patienten ausnahmsweise Anfälle durch, in denen die Stimmungsanomalie überhaupt ganz zurücktritt und das Bild durch systematisierte Wahnbildungen und Sinnestäuschungen beherrscht wird. Noch andere Fälle, in denen vorübergehend amentiaähnliche Bilder auftreten, müssen wohl durch das Zusammentreffen der manisch-depressiven und einer hysterischen Anlage erklärt werden.

Epilepsie.

Endlich seien noch die Wahnbildungen erwähnt, die wir ausnahmsweise bei Epileptikern beobachten. Es handelt sich dabei in der Regel um Kranke, die häufig Verstimmungen von einer bestimmten Färbung durchmachen und in ihnen zu wahnhaften Deutungen und ängstlichen Auffassungen neigen. Diese Verstimmungen hinterlassen bei schon geschwächten Kranken zuweilen einen paranoischen Residualwahn, und gelegentlich werden von solchen Patienten sogar Sinnestäuschungen, die sie in ihren Ausnahmezuständen erlebt haben, auch nachträglich nicht mehr korrigiert.

Erkennung.

Über die Erkennung der Wahnvorstellungen braucht dem bisher Gesagten kaum etwas hinzugefügt zu werden. Die ältere Psychiatrie hat viel Scharfsinn darauf verwandt, aus katatonischen Haltungen und Stellungen wahnhafte Auffassungen zu erschließen. Wenn sich die neueste Entwicklung der klinischen Forschung in ihren psychologischen Erklärungen der Schizophrenie diesen Zeiten auch wieder etwas nähert, so dürften diagnostische Versuche dieser Art doch kaum je wieder auftauchen. Im übrigen ist die Methode zur Erkennung von Wahnvorstellungen, die sich dem Untersucher nicht unmittelbar anbieten, dieselbe, die uns das Vertrauen unserer Mitmenschen überhaupt eröffnet und sie zur Mitteilung ihrer innersten Überzeugungen, Befürchtungen und Hoffnungen veranlaßt; Regeln lassen sich darüber nicht aufstellen.

Schwierigkeiten bereitet oft die gerade bei wahnkranken Menschen häufige Neigung zum Dissimulieren. Namentlich Melancholische und Querulanten, aber auch manche paraphrene Patienten lernen es, ihre Wahnvorstellungen bei der Diskussion mit Ärzten in Abrede zu stellen oder wenigstens bei der Unterhaltung möglichst zu umgehen. Das würde zu Schwierigkeiten seltener Anlaß geben, wenn wir an der alten Lehre festhalten dürften, daß paranoische Wahnvorstellungen grundsätzlich nicht aufgegeben werden. Da wir aber wissen, daß auch querulatorische Störungen periodisch verlaufen können, und daß die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten gelegentlich tatsächlich berichtigt werden, so ist die Dissimulation in der Tat diagnostisch recht unbequem. In den meisten Fällen wird sie jedoch bei länger dauernder Beobachtung von selbst zusammenbrechen oder wenigstens dann versagen, wenn der Kranke bei der Erörterung seiner Komplexe stark gereizt wird.

Anhang:

Das Wahnsystem des Senatspräsidenten Schr. nach seiner eigenen Veröffentlichung:

Soviel ist mir auf Grund meiner inneren Erfahrung unzweifelhaft, daß auch unsere Astronomie hinsichtlich der licht- und wärmespendenden Kraft der Gestirne und namentlich unserer Sonne die volle Wahrheit noch nicht erfaßt hat, sondern daß man dieselbe mittelbar oder unmittelbar nur als den der Erde zugewendeten Teil der schaffenden Wundergewalt Gottes aufzufassen hat. Als Beleg für diese Behauptung führe ich vorläufig nur die Tatsache an, daß die Sonne seit Jahren in menschlichen Worten mit mir spricht. ...Gott macht auch das Wetter; dies geschieht infolge der stärkeren oder geringeren Wärmeausstrahlung der Sonne in der Regel sozusagen von selbst, kann aber in besonderen Fällen von Gott nach eigens damit verfolgten Zwecken in bestimmte Richtungen gelenkt werden... Dabei nenne ich die Sonne nur als das der Erde zunächstgelegene Werkzeug der Besserung der göttlichen Willensmacht; in Wirklichkeit kommt für die Gestaltung der Wetterlage auch die Gesamtheit der übrigen Gestirne in Betracht. Insbesondere entsteht Wind oder Sturm dadurch, daß sich Gott in größere Entfernung von der Erde zurückzieht; unter den jetzt eingetretenen weltordnungswidrigen Umständen hat sich das Verhältnis, um dies gleich im voraus zu erwähnen, dahin verschoben, daß das Wetter in gewissem Maße von meinem Tun und Denken abhängig ist; sobald ich mich dem Nichtsdenken hingebe, oder, was dasselbe besagt, mit einer von der Tätigkeit des menschlichen Geistes zeugenden Beschäftigung, z. B. im Garten mit Schachspielen, aufhöre, erhebt sich sofort Wind. .....Der Grund liegt eben darin, daß sich Gott, sobald ich mich dem Nichtsdenken hingebe, von mir als einer vermeintlich blödsinnigen Person zurückziehen zu können glaubt.

Vermöge des von der Sonne und den übrigen Gestirnen ausgehenden Lichtes hat Gott die Fähigkeit, Alles, was auf der Erde (und etwaigen anderen Planeten) vorgeht, wahrzunehmen, der Mensch würde sagen, zu sehen..... Dabei war jedoch das Verhältnis so, daß Gott die von ihm geschaffene Welt ... im allgemeinen sich selbst überließ.... Ein unmittelbares Eingreifen Gottes in die Geschicke der einzelnen Menschen und Völker fand — ich bezeichne diesen Zustand als den weltordnungsmäßigen Zustand — in der Regel nicht statt. Ausnahmsweise konnte dies wohl ab und zu der Fall sein; allzuhäufig konnte und durfte es aber nicht geschehen, weil die damit verbundene Annäherung Gottes an die lebende Menschheit für Gott selbst mit gewissen Gefahren verbunden gewesen wäre. .....Er konnte sich auch mit einzelnen hochbegabten Menschen (Dichtern usw.) in Verbindung setzen („Nervenanhang bei demselben nehmen," wie die mit mir sprechenden Stimmen diesen Vorgang bezeichnen)........

.... Den Leichen konnte sich Gott ohne Gefahr nähern, um ihre Nerven, in denen das Selbstbewußtsein nicht erloschen war.... vermittelst der Strahlenkraft aus dem Körper heraus und zu sich herauf zu ziehen..... Das neue jenseitige Leben ist die Seligkeit... Allerdings konnte dies nicht ohne vorgängige Läuterung und Sichtung der Menschennerven

geschehen....... Für Gott waren nur reine Menschennerven zu gebrauchen, weil es ihre Bestimmung war, Gott selbst angegliedert zu werden und schließlich als „Vorhöfe des Himmels“ gewissermaßen Bestandteile Gottes selbst zu werden. Nerven sittlich verkommener Menschen sind geschwärzt; sittlich reine Menschen haben weiße Nerven....... Es scheint, daß das Läuterungsverfahren mit irgend einer für die Seelen das Gefühl der Unlust erzeugenden Arbeitsleistung oder einem mit Unbehagen verknüpften unterirdischen Aufenthalt verbunden war....

....Die zu reinigenden Seelen lernten während der Reinigung die von Gott selbst gesprochene Sprache, die sog. „Grundsprache,“ ein etwas altertümliches.... Deutsch, das sich namentlich durch einen großen Reichtum an Euphemismen auszeichnete (so z. B. Lohn.... für Strafe, Gift für Speise.... Gott selbst hieß „rücksichtlich dessen, der ist und sein wird“ — Umschreibung der Ewigkeit — und wurde mit „Ew. Majestät treugehorsamer“ angeredet.) Die Läuterung wurde als „Prüfung“ bezeichnet; Seelen, die das Läuterungsverfahren noch nicht durchgemacht hatten, hießen nicht... „ungeprüfte Seelen“ sondern... „geprüfte Seelen.“ Die noch in der Läuterung begriffenen Seelen wurden in verschiedenen Abstufungen „Satane, Teufel, Hilfsteufel, Oberteufel und Grundteufel“ genannt. Namentlich der letztere Ausdruck scheint auf einen unterirdischen Aufenthalt hinzuweisen. Die Teufel usw. hatten, wenn sie als „flüchtig“ hingemachte Männer [1]) gesetzt wurden, eine eigentümliche Farbe.. und einen eigentümlichen Geruch....

...Man darf sich aber diese Teufel nicht etwa... als Gott feindliche Mächte vorstellen, im Gegenteil waren dieselben fast durchgängig bereits sehr gottesfürchtig und unterlagen eben nur noch dem Reinigungsverfahren....

..Der Läuterung.. scheint auch die Seelenwanderung gedient zu haben, die... in ausgedehntem Maße stattgefunden hat...

Die.. gereinigten Seelen stiegen zum Himmel empor und gelangten dadurch zur Seligkeit. Die Seligkeit bestand in einem Zustand ununterbrochenen Genießens, verbunden mit der Anschauung Gottes.... Dabei waren sie in der Lage ihre Erinnerungen auszutauschen....

Die männliche Seligkeit stand höher als die weibliche.. Eine ewige Fortdauer des Bewußtseins, der oder jener Mensch gewesen zu sein, war keiner Menschenseele beschieden. Vielmehr war es die Bestimmung aller Seelen, schließlich.. in höheren Einheiten aufzugehen und sich damit nur noch als Bestandteile Gottes („Vorhöfe des Himmels“) zu fühlen. .....Ich habe ...die Bekanntschaft mit Strahlen gemacht, die mir als Strahlen, d. h. zu höheren Einheiten erhobene Komplexe seliger Menschenseelen — des alten Judentums („Jehovastrahlen“), des alten Persertums („Zoroasterstrahlen“) ...bezeichnet wurden.

Über den „Vorhöfen des Himmels“ schwebte Gott selbst, dem im Gegensatz zu diesen „vorderen Gottesreichen“ auch die Bezeichnung „der hinteren Gottesreiche“ gegeben wurde. Die hinteren Gottesreiche unterlagen.. einer eigentümlichen Zweiteilung, nach der ein niederer Gott (Ariman) und ein oberer Gott (Ormuzd) unterschieden wurde...... Über die nähere Bedeutung dieser Zweiteilung vermag ich nichts weiter auszusagen, als das sich der niedere Gott (Ariman) vorzugsweise zu den Völkern ursprünglich brünetter Rasse (den Semiten) und der obere Gott vorzugsweise zu den Völkern ursprünglich blonder Rasse (den arischen Völkern) hingezogen gefühlt zu haben scheint.....

Eine Allwissenheit und Allgegenwart Gottes.... gab es allerdings nicht..... Auf der anderen Seite fehlt dem von mir entworfenen Bilde jeder Zug von Härte oder zweckloser Grausamkeit, der manchen Vorstellungen der christlichen Religion ..... aufgeprägt ist...

..In diesen „wundervollen Aufbau“ ist nun in neuerer Zeit ein Riß gekommen, der mit einem persönlichen Schicksal auf das Engste verknüpft ist.... Einleitend habe ich dazu zu bemerken, daß bei der Genesis... die Namen Flechsig und Schreber.. und.. der Begriff des Seelenmordes eine Hauptrolle spielen....

[1]) (Anmerkung an einer anderen Stelle) ...Ich habe... mit angesehen, daß Menschengestalten durch göttliche Wunder auf kurze Zeit hingeworfen wurden, um sich dann wieder aufzulösen oder zu verschwinden — ...sog. „flüchtig hingemachte Männer“ — ....Alle ein sog. Traumleben führend....... Auf Grund dieser Erlebnisse bin ich geneigt anzunehmen, daß auch Jesus Christus... in der Folge durch göttliches Wunder auf kurze Zeit als „flüchtig hingemachter Mann“ neu „gesetzt“ worden ist.... dann aber der natürlichen Auflösung der „flüchtig hingemachten Männer“ verfallen ist, womit selbstverständlich ... nicht ausgeschlossen ist, daß seine Nerven zur Seligkeit eingegangen sind......



....Die Vorstellung, daß es möglich sei, sich ... der Seele eines andern zu bemächtigen (ist) ... in Sage und Dichtung bei allen Völkern verbreitet.... Da nun die.. Stimmen... die Tatsache, daß von irgend einer Seite Seelenmord getrieben worden sei, als die Ursache der über die Gottesreiche hereingebrochenen Krise bezeichnen...., so gelange ich zu der Annahme..., daß ein als Seelenmord zu bezeichnender Vorgang zwischen den Familien Flechsig und Schreber stattgefunden habe. ...

Der zweite Punkt.. betrifft die der Weltordnung innewohnende Tendenz zur Entmannung eines in dauernden Verkehr mit Strahlen getretenen Menschen. Derselbe hängt zusammen einesteils mit der Natur der Gottesnerven, vermöge deren die Seligkeit... eine hochgesteigerte Wollustempfindung ist, andernteils mit dem anscheinend der Weltordnung zugrunde liegenden Plan, im Falle von Weltkatastrophen.. eine Erneuerung des Menschengeschlechts zu ermöglichen.

... Der Vorgang (der Anziehung abgeschiedener Seelen) endete in sehr zahlreichen Fällen damit, daß die betreffenden Seelen zuletzt noch als sog. „kleine Männer" ... — winzige Figürchen in Menschenform ... — ein kurzes Dasein auf meinem Kopfe führten, um dann völlig zu verschwinden... Im Zusammenhang mit diesen Erscheinungen trat in den Visionen ...schon sehr früh die Vorstellung eines Weltunterganges als Folge der nicht mehr lösbaren Verbindung zwischen Gott und mir in den Vordergrund. .... Ich bewahre Erinnerungen..., als ob ich selbst eine Zeit lang noch in einer zweiten geistig minderwertigen Gestalt vorhanden gewesen sei.... Auf der andern Seite gab es eine Zeit, wo die ... Seelen von einer Mehrheit von Köpfen (d. h. mehreren Individualitäten in demselben Schädel) redeten, die sie bei mir vorfanden und gleichsam erschreckt zurückfuhren mit dem Ausdruck: „Um Himmelswillen, das ist ja ein Mensch mit mehreren Köpfen...." Mein Kopf war infolge des massenhaften Zuströmens von Strahlen sehr häufig von einem Lichtschimmer umflossen... der sog. „Strahlenkrone"....

Dagegen ist es ein wirklicher... Vorgang ... daß ich .. die ganze Seele des Professor Flechsig vorübergehend in meinem Leibe gehabt habe. Es war ein ziemlich umfänglicher Ballen oder Knäuel, ... der mir .. in den Bauch geschleudert war, vermutlich, um seinen Untergang darin zu finden.....

... „die verfluchte Menschenspielerei" ... Ich habe Grund anzunehmen, daß seitdem das ganze Menschheitsgetriebe .... nur noch künstlich im Wege unmittelbarer göttlicher Wunder aufrechterhalten wird.....

Ich schlief ... ohne alle künstliche Mittel: mein Schlaf war Strahlenschlaf geworden. Strahlen haben nämlich ... auch nervenberuhigende und schlafmachende Wirkung ...

Man setzte mir .. „Skorpione" in den Kopf, winzige krebs- oder spinnenartige Gebilde, die in meinem Kopf irgendwelche Zerstörungsarbeit verrichten sollten... Die „Jesuiten" ....bemühten sich wiederholt, mir einen anderen „Bestimmungsnerven" in den Kopf zu setzen, durch den mein Identitätsbewußtsein verändert werden sollte; man überzog meine innere Schädelwand mit einer anderen Gehirnmembran, um die Erinnerung an mein eigenes Ich in mir auszulöschen....

Es flatterte mir in langen Zügen... die sog. Mondscheinseligkeit zu, welche die weibliche Seligkeit vorgestellt haben sollte. ... In der ersten Periode lebte ich noch immer in der Vorstellung, daß ich es nicht mit wirklichen Menschen, sondern mit „flüchtig hingemachten Männern" zu tun habe... Ich muß vielmehr .. die Möglichkeit offenlassen, daß .. die sog. „Menschenspielerei" erst allmählich in denjenigen Zustand übergeleitet worden ist, nach dem sie jetzt, äußerlich betrachtet, den Eindruck macht, als ob irgend eine Veränderung mit der Menschheit nicht vorgegangen sei...

Ich .. war stets von dem Bestreben geleitet, diese Seelen und Seelenteile an mich heranzuziehen und dadurch schließlich das Aufgehen derselben herbei zu führen.. Sie (die Flechsigsche Seele) verfiel auf das Auskunftsmittel mechanischer Befestigung. .. Eine solche .. fand zunächst in loserer Form statt, die als „Anbinden an Strahlen" bezeichnet wurde ... Als auch die losere Form der Befestigung einen hinreichenden Schutz gegen die Gefahr des Aufgehens infolge der Anziehungskraft nicht zu gewähren schien, wurde nach einiger Zeit eine noch widerstandsfähigere Form gewählt, die die Bezeichnung „Anbindung an Erden" erhielt. ..Es fand dabei ein Anbinden an irgendwelchen entfernten Weltkörper statt...

...Gott mochte sich wohl bewußt werden, daß es mit der Entmannung als Mittel, mich „liegen zu lassen", d. h. sich von der anziehenden Wirkung meiner Nerven wieder frei zu machen, nichts sei. Man verfiel daher nunmehr auf den Gedanken, mich auf „der männlichen Seite zu erhalten," aber ... nicht um mir meine Gesundheit wiederzugeben, sondern um mir den Verstand zu zerstören oder mich blödsinnig zu machen....

..In einer einzigen Nacht trat der niedere Gott (Ariman) in die Erscheinung. Das glanzvolle Bild seiner Strahlen wurde.. meinem geistigen Auge .. sichtbar, d. h. spiegelte sich in meinem inneren Nervensystem ..... An dem darauffolgenden Tage.. sah ich den oberen Gott (Ormuzd), diesmal nicht mit meinem geistigen Auge sondern mit meinem leiblichen Auge. Es war die Sonne ... umflossen von einem Strahlenmeer, das ... etwa den 6. bis 8. Teil des Himmels bedeckte......

... In dieser Zeit traten die Zeichen der Verweiblichung an meinem Körper so stark hervor, daß ich mich der Erkenntnis des immanenten Zieles, auf welches die ganze Entwicklung hinstrebte, nicht entziehen konnte. In den unmittelbar vorausgegangenen Nächten wäre es vielleicht, wenn ich nicht noch der Regung männlichen Ehrgefühls folgend, meinen entschiedenen Willen entgegensetzen zu sollen geglaubt hatte, zu einer wirklichen Einziehung des männlichen Geschlechtsteils gekommen... Jedenfalls war die Seelenwollust so stark geworden, daß ich selbst zunächst am Arm und an den Händen, an den Busen, am Gesäß und an allen anderen Körperteilen den Eindruck eines weiblichen Körpers empfing.... Als weitere Folge der Entmannung konnte natürlich nur eine Befruchtung durch göttliche Strahlen zum Zwecke der Erschaffung neuer Menschen in Betracht kommen....

.. Die Anziehung verlor jedoch ihre Schrecken für die betreffenden Nerven, wenn und soweit sie beim Eingehen in meinem Körper das Gefühl der Seelenwollust antrafen, an dem sie ihrerseits teilnahmen.... Immerhin war die ..die Seelenwohllust zu gewissen Zeiten so reichlich vorhanden, daß ein Teil der Strahlen an dem Eingehen in meinem Körper Geschmack zu finden anfing. Dies machte sich zunächst bei dem ... niederen Gotte (Ariman) bemerkbar, der als der nähere in erheblich höherem Grade an der Seelenwollust teilnahm als der in sehr viel größerer Entfernung verbliebene obere Gott (Ormuzd) .... Der niedere Gott.. löste die.. Beziehungen, die.., bis dahin zwischen ihm und der „geprüften" Flechsigschen Seele bestanden hatten, und diese ..trat nunmehr mit dem oberen Gotte zu einer Art Bundesgenossenschaft zusammen, die ihre feindliche Spitze gegen mich kehrte...... Die vom niederen Gotte ausgehenden Stimmen... waren und sind immerhin nach Form und Inhalt von denjenigen des oberen Gottes wesentlich verschieden. Inhaltlich sind dieselben.. nicht geradezu Schimpfworte, ..sondern kommen auf eine Art neutralen Blödsinns hinaus (z. B. der David und Salomo, Salat und Radieschen, Mehlhäufchen wird wieder gesagt usw.) und auch in der Form sind sie für mich weniger lästig, als sie sich dem natürlichen Rechte des Menschen auf das Nichtsdenken besser anschließen; man gewöhnt sich eben mit der Zeit daran, derartige sinnlose Redensarten... als Formen des „Nichtsdenkungsgedankens" sich durch den Kopf sprechen zu lassen...

... Die Unfähigkeit, den lebenden Menschen als Organismus zu verstehen, ist anscheinend dem niederen Gotte und dem oberen Gotte, solange sie sich in größerer Entfernung befinden, gemeinsam.... Religiös gesinnte Menschen... müssen es unbegreiflich finden, daß Gott.. in geistiger und sittlicher Beziehung selbst von einzelnen Menschen übertroffen werde. .. Ich nehme eine solche Überlegenheit nur insoweit für mich in Anspruch, als es sich um das weltordnungswidrige Verhältnis handelt, das durch den bei einem einzelnen Menschen dauernd und unauflöslich genommenen Nervenanhang entstanden ist. Insoweit bin ich der einsichtigere und zugleich der bessere Teil....

.. Ich konnte ...nicht mehr im Zweifel sein, daß eine wirkliche Menschheit in gleicher Zahl und örtlicher Verbreitung wie früher existiere... Ganz unzweifelhaft ist mir, daß meine früheren Vorstellungen nicht etwa bloße „Wahnideen" und „Sinnestäuschungen" gewesen sind... Ganz sicher ist für mich, daß die Ausdrücke und Redensarten von „flüchtig hingemachten Männern" und der „verfluchten Menschenspielerei," die Fragen: „Was wird nun aus der verfluchten Geschichte" usw..... nicht in meinem Kopf entstanden, sondern von außen her in denselben hineingesprochen worden sind.....

... Jeder, der mich mit entblößtem oberen Teil des Rumpfes vor dem Spiegel stehen sehen würde.... würde den unzweifelhaften Eindruck eines weiblichen Oberkörpers empfangen....

Ob es aber infolge der von Gott nach dem Auftreten der geprüften Seelen nun einmal getroffenen weltordnungswidrigen Einrichtungen (Anbinden an Erden usw.) noch zu einer wirklichen Entmannung kommen kann, darüber wage ich eine bestimmte Voraussage für die Zukunft um so weniger mehr abzugeben, als ich eben inzwischen meine früheren Vorstellungen in betreff eines Untergangs der übrigen Menschheit zu berichtigen gehabt habe....

.. Damit tritt die Frage in den Vordergrund, ob ich überhaupt sterblich sei... Gesetzt ich fiele irgendwo ins Wasser, ... so würden zwar vermutlich vorübergehend Erscheinungen eintreten, wie sie dem Ertränkungstode.. entsprechen. Ob aber, solange der Strahlenverkehr dauert, nicht eine Wiederbelebung stattfinden würde... ist eine Frage, die ich... kaum im verneinenden Sinne zu beantworten wage... Demnach scheint für mich als Todesursache nur dasjenige, was man gewöhnlich die Altersschwäche nennt, in Betracht zu kommen... Über die Einzelheiten der Vorkehrungen, die von Gott nach meinem Tode zu treffen wären, mag ich mich um so weniger in Vermutungen ergehen, als ich von den weltordnungswidrigen Einrichtungen, deren Abstellung dabei in Frage käme,.. doch nur eine.. unbestimmte Vorstellung habe erlangen können.....

... Ich halte es für möglich, ja für wahrscheinlich, daß die künftige Entwicklung meiner persönlichen Geschicke, das Bekanntwerden meines religiösen Vorstellungskreises und das Gewicht der Gründe, die für die Richtigkeit desselben sich aufdrängen werden, eine Umwälzung in den religiösen Anschauungen der Menschheit herbeiführen wird, die in der Geschichte ihresgleichen sucht.

IV. Störungen des Gefühlslebens.

Allgemeines.

Abnorme und ausgesprochen krankhafte Gefühle, Stimmungen und Gemütsarten sind wohl in jedem der vorhergehenden Kapitel schon gestreift worden. Intellektuelle und gemütliche Störungen greifen so ineinander, daß die einen nicht ohne die andern dargestellt werden können; denn die Abstraktion von einzelnen seelischen Elementen, die wir zu rein wissenschaftlichen Zwecken in der Psychologie vornehmen, läßt sich in der Psychopathologie noch schlechter durchführen als dort. Es gibt ebensowenig Gefühle ohne intellektuelle wie Gedanken ohne affektive Zutat [1]).

Trotzdem wird über den Tatbestand, den wir aus dem ganzen psychischen Geschehen unter der Bezeichnung „Gefühl" herausgreifen, ein Zweifel nicht bestehen können. Sobald die dem Laien geläufige Verwechslung mit den Berührungsempfindungen vermieden wird, weiß jeder, welches subjektive Erleben mit den Ausdrücken „persönliches Interesse an," „subjektive Stellung zu den Dingen," „gemütliche Beteiligung," „Affekt," „Stimmung," „Verstimmung" gemeint ist. Scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Zuständen dieses Gesamtgebietes lassen sich freilich nicht ziehen — ebensowenig wie eine Einteilung der Gefühle in ein dreidimensionales System nach Wundt den wirklichen Verhältnissen vollkommen gerecht wird. Immerhin wird man für praktische Zwecke mit der Trennung von Lust und Unlust, spannenden und lösenden, hemmenden und erregenden Gefühlen zumeist auskommen. Die Steigerung eines Gefühls über ein gewisses Maß hinaus — die übrigens noch keine krankhafte zu sein braucht — bezeichnen wir als Affekt, gleichviel ob es sich um einen Zustand der Spannung, der Erwartung, des Zweifels, der Sorge, des Kummers, der Traurigkeit, der Furcht, der Angst, des Zorns, des Ekels, des Schrecks, der sexuellen Erregung, der religiösen Ekstase oder der Freude handelt. Die Gesamtsumme der in einem Augenblick vorhandenen Gefühle macht als Wirkung das aus, was wir Stimmung nennen. Erhebliche und länger dauernde Abweichungen vom durchschnittlichen Verhalten heißen „Verstimmungen".

Gefühlsverbindungen. Gefühl und Persönlichkeit.

Gefühle knüpfen sich an alle seelischen Vorgänge, und es ist gleich unrichtig, sie bloß den Empfindungen oder nur den Gedanken zusprechen zu

[1]) Deshalb werden als Ergänzung dieses Abschnittes andere, z. B. der über „Überwertige Ideen" und insbesondere der über „Demenz", nachgelesen werden müssen.

wollen. Sicher sind aber die intellektuellen Gefühle für die nervöse Leistungsfähigkeit eines Menschen noch wichtiger als die sinnlichen. Die logischen Gefühle, die jedes vollzogene Urteil als Lust begleiten und viele Schlüsse durch eine Unlustempfindung erzwingen, machen mit den ethischen und ästhetischen zusammen in letzter Linie das aus, was man Persönlichkeit nennt, und ihre Ansprechbarkeit sowohl wie die Leichtigkeit ihrer Dämpfung können in gewissem Sinne geradezu als Gradmesser der sozialen Brauchbarkeit gelten. Alle menschlichen Handlungen hängen von Gefühlen und Stimmungen ab, und wenn auch jeder Entschluß die Resultante von Gründen und Gegengründen darstellt, so behält doch stets der von Gefühlen am stärksten getragene Grund die Oberhand. Darum sind abnorme Gefühlsverknüpfungen, krankhafte Affekte und gemütliche Stumpfheit häufigere Ursachen krimineller Handlungen als bloße Verstandesschwäche; wo wir auf unerziehbare Menschen, unsoziale und verbrecherische Naturen stoßen, ergibt eine genaue psychologische Untersuchung — neben intellektuellen Mängeln oder ohne diese — stets einen Gefühlsdefekt.

Jede tiefer gehende Analyse zeigt weiter, daß die Verbindungen, die das Gefühl eingeht, sehr verwickelt sind. Schon die sinnlichen Gefühle sind durchaus nicht unlöslich mit ein und derselben Empfindung verkuppelt. Derselbe Durakkord, der uns in dem einen Zusammenhang angenehm berührt, mißfällt uns in einem anderen, und zwar braucht es nicht einmal die äußere Situation — also hier der musikalische Zusammenhang — zu sein, die sich ändert, auch von unserer eigenen Stimmung hängt die gefühlsmäßige Wirkung der Erlebnisse ab. Ein Witz, der uns heute erheitert, würde uns morgen, in gereizter Stimmung, verletzen und stören. Um so eigentümlicher ist es, daß Gefühle, die einmal unter der Wirkung einer solchen Konstellation mit einer gewissen Intensität aufgetreten sind, unter Umständen eine dauernde Verknüpfung mit den Empfindungen oder Vorstellungen eingehen können, mit denen sie damals zusammengetroffen waren. Es ist wohl sicher, daß auf diesem Wege bestimmte sexuelle Perversionen zustande kommen, ebenso wie die Vorliebe oder die Abneigung bestimmten Speisen gegenüber zweifellos aus zufällig erworbenen Eindrücken entstehen können. Ganz ähnliche Verkuppelungen werden aber auch hinsichtlich der höheren Gefühle beobachtet, wie viele Vorurteile und Irrtümer beweisen, von denen bei der Erörterung der überwertigen Ideen ausführlich die Rede gewesen ist.

Gefühlsverschiebungen.

Auch daß sich unter dem Einfluß unangenehmer Gefühle der zu ihnen gehörige intellektuelle Inhalt nicht selten verschiebt, wurde damals erwähnt; der Affekt bleibt, aber das zu ihm gehörige peinliche Erlebnis wird verdrängt, und irgend ein anderer Gedanke tritt an seine Stelle. So entstehen Pseudoreminiszenzen und „Lebenslügen," die jeder in seiner nächsten Umgebung auch bei ganz gesunden Menschen leicht auffinden kann (vgl. S. 165). Oder aber es bleibt überhaupt nur der Affekt, die Stimmung; der intellektuelle Vorgang, der sie ausgelöst hat, wird vergessen. Wir sind oft verstimmt, weil wir uns am Morgen geärgert oder eine schlechte Nachricht erhalten haben, ohne daß wir diese Ursache selbst noch wüßten.

Dazu kommt, daß alle Gefühle die Neigung haben, auf benachbarte Gebiete des Denkens überzugreifen. Sie überdauern nicht bloß ihre intellektuelle Ur-

sache, sondern sie verknüpfen sich gar nicht selten auch mit später erlebten, an sich nicht oder nicht in dieser Weise affektbetonten Inhalten. Wenn Menschen, die auf einen engen Verkehr miteinander angewiesen sind, sich streiten, so läßt sich sehr häufig bei einem oder bei beiden Teilen eine Überempfindlichkeit feststellen, die zu dem gegenwärtigen Anlaß des Zankes in gar keinem Verhältnis steht. Geht man aber den Sachen auf den Grund, so stellt sich gewöhnlich heraus, daß der Brennstoff schon lange angehäuft und bei dieser Gelegenheit nur entzündet worden war — Eifersucht, Neid wegen eines früher erlangten Vorteils, die Besorgnis der Vorgesetzten, nicht genügend respektiert, die des Untergebenen, nicht genügend anerkannt zu werden, das waren ursprünglich die Gedanken gewesen, denen ein starker Affekt entsprochen hatte. Aber dieser Affekt konnte nicht auflodern, nicht ausbrennen, und so erfolgte die Explosion bei irgend einem an sich belanglosen Vorfall.

Das Merkwürdigtse dabei ist, daß die Betroffenen selbst von diesem Zusammenhang nur selten etwas ahnen. Sie sind überzeugt, daß sie nur gerade die letzte Kränkung so erregt hätte, und sie scheinen von der alten latenten Mißstimmung überhaupt nichts zu wissen. Gerade das macht diese Affekte so gefährlich und zu einer so ergiebigen Quelle pathologischer Entwicklungen (vgl. Überwertige Ideen).

Abreagieren von Affekten.

Die Freudsche Schule führt auf solche, im Bewußtsein „flottierende" Affekte manche Krankheitszustände zurück, die sie dadurch heilen will, daß sie die Ursache des Affekts aufsucht und ihn selbst „abreagiert". Richtig daran ist, daß wir gelegentlich mit einer ärgerlichen, peinlichen, ängstlichen Sache leichter fertig werden, wenn wir ihr ins Gesicht sehen, sie nach allen Richtungen hin durchdenken oder mit jemand durchsprechen. Haben wir jedoch den Anlaß vergessen, so ist diese Befreiung von der inneren Spannung natürlich nicht möglich.

Eine andere Art, sich von quälenden Affekten und Stimmungen loszulösen, ist das Handeln, zu dem namentlich alle spannenden Gefühle drängen. Dem Zornigen wird leichter, wenn er zuschlagen oder wenigstens schimpfen kann, wer Angst hat, rennt auf und ab, zupft an sich herum und spricht viel vom Gegenstand seiner Furcht oder von gleichgültigen Dingen, der Ungeduldige verhält sich ähnlich usf. Ist das Handeln unmöglich, so wird die Spannung verstärkt, und zuweilen durchbricht dann der Affekt schließlich doch alle Schranken, der Zornige bricht wütend los, der Ängstliche stürzt sich aus dem Fenster oder begeht auch eine brutale Gewalttat gegen die Umgebung (Raptus melancholicus s. u.).

Gefühl und Denken.

Über die Wirkung der Affekte auf das Wahrnehmen und auf die intellektuellen Vorgänge ist früher (bei Besprechung des Gedankenganges und der überwertigen Ideen) ausführlich gesprochen worden. Sie erstreckt sich einmal auf die Klarheit der Beobachtung, die schwer getrübt und gefälscht werden kann, sowie auf den Ablauf und den Inhalt des Denkens. Im allgemeinen hemmen unangenehme (traurige) Gefühle den Gedankengang, während angenehme ihn befördern; dem Gefühl entsprechende (adäquate) Gedanken werden

leichter, nicht adäquate schwer oder gar nicht zugelassen. Dadurch wird auch der Inhalt des Denkens bestimmt und das Gesamtergebnis unter Umständen gefälscht. Gegengründe werden nicht gedacht oder doch nicht richtig bewertet. Der Melancholische glaubt trotz seines Vermögens und seines Gehalts an seine Verarmung, der Querulant trotz der Versicherungen seines Rechtsanwalts an den Meineid der Zeugen und die Parteilichkeit des Gerichts, der Eifersüchtige trotz aller inneren Unwahrscheinlichkeit an die Untreue der Frau usf.

Körperliche Wirkungen der Gefühle.

Für die Pathologie besonders wichtig ist die Tatsache, daß Gefühle, Affekte und Stimmungen sehr stark vom Zustande des Körpers abhängen. Wohl alle Wirkungen des Körpers auf den Geist, die wir bei Gesunden (Verstimmungen bei der Menstruation, in der Schwangerschaft, sexuelle Erregung beim Mann) und körperlich Kranken (Magenaffektionen, Phthise) direkt beobachten können, greifen hier an; zuerst wird die Stimmung verändert, der sich dann die Gedanken anpassen. Dementsprechend sehen wir bei manchen Nerven- und Geisteskranken namentlich ängstliche Stimmungen aus körperlichen Störungen (Erschwerung der Atmung, der Zirkulation) hervorgehen.

Umgekehrt wirken bekanntlich viele Affekte auch auf den Körper, und darin liegt wohl die Erklärung für einen Teil der oben besprochenen Erfahrungen: weil der Affekt einen körperlichen Zustand auslöst, der seinen Anlaß überdauern kann, bleibt er selbst (bezw. die durch ihn bedingte Stimmung) länger bestehen, als seiner rein intellektuellen Ursache entsprechen würde; die körperlichen Veränderungen wirken auf das weitere Denken, erzwingen das Handeln usf.

Die diagnostische Bedeutung dieser Zusammenhänge knüpft an die Erfahrung an, daß wir schon im täglichen Leben der Beurteilung von Gefühlen und Stimmungen bestimmte körperliche Reaktionen mit zugrunde zu legen pflegen. Bei der Beobachtung von Geisteskranken spielen sie eine noch größere Rolle, und zwar nicht bloß, weil kranke Personen ihre gemütlichen Zustände noch häufiger zu verbergen versuchen als gesunde, sondern auch deshalb, weil hier ein Mittel zur Unterscheidung verschiedener Krankheitszustände gegeben ist. Soweit dieses Mittel für die Psychopathologie schon brauchbar gemacht worden ist, wird es in einem eigenen Abschnitt (Kapitel IX.) ausführlich erörtert werden; selbstverständlich verdienen aber die Veränderungen des Mienenspieles und der Vasomotoren z. B. auch bei der bloßen Unterhaltung besondere Beachtung. Diagnostisch wichtig ist schließlich noch die durch manche Einzelerfahrungen erhärtete Tatsache, daß starke Affekte die allgemeine — körperliche und seelische — Leistungsfähigkeit vorübergehend steigern können.

Symptomatologie.

Eine allgemeine Symptomatologie der Gefühlsstörungen läßt sich deshalb schwer geben, weil sich die einzelnen gemütlichen Anomalien bei den verschiedenen Krankheitsbildern in der mannigfaltigsten Weise vermischen oder ablösen. Eine Darstellung, die die Symptome auseinanderreißt, um jedes einzelne zu besprechen, muß also notwendig schematisch ausfallen und wird plastische, lebenswahre Eindrücke nicht hinterlassen. Trotzdem soll sie hier versucht werden; es sei aber zur Ergänzung auf die die „Überwertigen Ideen“

und die „Demenz“ behandelnden Kapitel verwiesen, in denen auch die gemütlichen Störungen im Zusammenhange der gesamten Persönlichkeitsanalyse behandelt worden sind.

Herabsetzung der gemütlichen Reaktionen.

Psychopathie.

Eine Herabsetzung bzw. Aufhebung aller gemütlichen Reaktionen tritt gelegentlich bei hysterisch bzw. sonst psychopathisch Disponierten für mehr oder minder lange Zeit auf verschiedene Anlässe hin ein. In besonders reiner Form ist die Störung im Frieden nach einem Erdbeben (Bälz, Stierlin) sowie im Kriege als Folge mehrtägigen Trommelfeuers beobachtet worden; so sah ein Assistent Gaupps nach 11tägigem Feuer mehrere Leute gleichzeitig in tiefen apathischen Stupor verfallen; in Ruhestellung zurückgenommen, wurden sie rasch wieder gesund und gaben an, „sie hätten eben nimmer gekonnt.“ Es scheint, als ob in diesen Zuständen, in denen das Bewußtsein erhalten ist und die Intelligenz weiter arbeitet, der Affekt verbraucht wäre — ein Verhalten, für das der Gesunde, der im Frieden sehr Aufregendes erlebt hat, ein gewisses Verständnis zu haben pflegt: man kann angesichts eines großen Unglücks plötzlich äußerlich ganz ruhig und innerlich beinahe völlig gefühllos werden; deshalb besitzen die allermeisten Menschen sehr schmerzlichen Verlusten gegenüber eine oft ziemlich lange Reaktionszeit, nach der ihnen die Größe des Unglücks erst ganz zum Bewußtsein kommt; inzwischen scheint jedes Gefühl erloschen zu sein. Auch mit großer Freude geht es zuweilen ähnlich.

Mit dieser normalen Eigentümlichkeit verwandt ist wohl die gemütliche Indifferenz und Stumpfheit, die man verhältnismäßig häufig bei Gewohnheitsverbrechern, aber auch sonst bei Psychopathen beobachtet, und die leicht zur irrtümlichen Annahme einer Dementia praecox führt. Wir verdanken Bonhoeffer eine plastische Schilderung des Symptoms, die hier wiedergegeben sein mag: „Die Erscheinung äußert sich in einer fast stoisch aussehenden Fähigkeit, in Situationen, die für den Gesunden unangenehm und fast unerträglich sind, ohne Affektäußerung auszuharren. Vor allem das reine Nichtstun, das für den Gesunden auf die Dauer eine der schwerst zu ertragenden Strafen ist, wird von diesen Degenerierten monatelang, auch bei Isolierung, ertragen, ohne daß der Wunsch nach Arbeit lebhaft geäußert wird. Oft begleitet ein verschlafener Gesichtsausdruck diese Zustände. Mit dieser Indifferenz kontrastiert dann oft sehr lebhaft das rasche impulsive Erfassen der Situation, beispielsweise bei der Möglichkeit eines Ausbruchs ...... Die Fähigkeit, monatelang ohne Arbeit zu sein oder scheinbar gelähmt zu liegen, beruht in diesen Fällen sicher nicht in einer zur Erreichung irgend eines Zieles exzessiv angespannten normalen Willensenergie, sondern in einer abnormen Bewußtseinsverfassung, wie sie eben grade bei Degenerierten entweder als dauernde Eigenschaft oder auch episodisch als transitorische Bewußtseinslage auftritt“. — Differentialdiagnostisch bereitet diese Apathie, auf die wohl auch die häufige Herabsetzung der Schmerzempfindung zurückgeführt werden muß, wie schon erwähnt, besonders der Hebephrenie gegenüber Schwierigkeiten. Bonhoeffer macht deshalb darauf aufmerksam, daß bei den von ihm beschriebenen Kranken keine generelle Abstumpfung und nicht einmal eine gröbere Aufmerksamkeits-

störung vorläge; sie beobachteten ihre Umgebung recht gut und zeigten zeitweise eine deutliche Aktivität, mindestens in der Neigung zum Aufhetzen und zu Disziplinstörungen.

Imbezillität.

Dieselbe Gefühlsstumpfheit und Affekttorpidität finden wir nun aber bei manchen Psychopathen auch als Dauereigenschaft, und zwar auch hier, ohne daß gröbere intellektuelle Mängel damit verbunden sein müßten. Häufiger freilich ist die dauernde Herabsetzung aller gemütlichen Regungen bei den apathischen Fällen von Imbezillität, die oft früher durch ihre gemütliche Stumpfheit und Teilnahmslosigkeit als durch ihre Dummheit auffallen. Frühzeitig auftretende Grausamkeit im Umgang mit anderen Kindern und mit Tieren, Gleichgültigkeit gegen alle moralischen Strafmittel, Fehlen jeder Liebe zu den Eltern und Geschwistern erlauben uns in manchen Fällen die Diagnose lange, ehe eine eigentliche Intelligenzprüfung zum Ziele führt. Soweit sich bei diesen Kranken gemütliche Regungen überhaupt nachweisen lassen, beziehen sie sich auf ihre unmittelbaren sinnlichen Bedürfnisse, und die heftigen Affektausbrüche, die gelegentlich diese gemütliche Öde durchbrechen, knüpfen sich fast immer an die Verweigerung eines persönlichen Wunsches. Übrigens wird man aus der Größe dieser Entladungen auf eine besondere Stärke des Affekts nicht zurückzuschließen brauchen, wenn man den Fortfall der Hemmungen bedenkt, der durch den Mangel an Urteil und an höheren Gefühlen bedingt ist.

Noch häufiger als die bisher geschilderte ist eine andere — harmlosere — Unterform der torpiden Imbezillität, die neben dem Mangel an Initiative und der Denkfaulheit ein gewisses „zutunliches", treuherziges Wesen auszeichnet, das dem Kranken bis in sein spätes Alter hinein etwas Kindliches erhält. Hier kommt es zu Zornaffekten selten, die egozentrische Denkweise aber finden wir auch bei diesen Kranken, deren Horizont altruistische Regungen einfach nicht zu fassen vermag.

Übrigens bedarf der Satz, daß angeborene Verstandesschwäche und Gefühlsmängel in der Regel Hand in Hand gehen, noch weiterer Einschränkungen. Außer den eben erwähnten apathischen gibt es erethisch Imbezille, deren Gefühle wohl der Nachhaltigkeit und der Tiefe entbehren, dafür aber leicht ansprechen; das Ergebnis ist eine Oberflächlichkeit, die sich nicht bloß in der unscharfen Auffassung, der ungenügenden Verarbeitung der Eindrücke, kurz, nicht nur im Interesse an den Dingen, sondern auch in dem äußert, das an den Angehörigen, den Eltern z. B., genommen wird. In ruhigen Zeiten kann freilich ein ganz entsprechendes Gefühl vorgetäuscht werden, bis wieder das Versagen eines kleinen Wunsches eine erschreckende Kälte oder sogar eine plötzlich auftauchende Feindseligkeit offenbart.

Moral insanity.

Sodann beschäftigen die psychiatrische und die forensische Literatur seit langem Menschen, bei denen überhaupt nicht die intellektuellen, sondern gerade die gemütlichen Mängel im Vordergrunde stehen, und die man deshalb moralische Idioten genannt hat. Reine Fälle dieser Art sind nicht häufig; daß sie aber vorkommen, kann heute nicht mehr bestritten werden. Auch der

Einwand, daß es sich bei ihnen in letzter Linie doch um ein Versagen des Urteils, um ein Fehlen der moralischen Begriffe handelt, wird sich für alle Fälle nicht aufrecht erhalten lassen. Da, wo es der Fall ist, wo also — wie zumeist — intellektuelle Störungen neben gemütlichen bestehen, werden die Kranken freilich sozial leichter entgleisen und deshalb eher auffallen. Insofern unterscheiden sich möglicherweise sowohl die ausgesprochen kranken wie die verbrecherischen Vertreter der moral insanity überhaupt nicht durch ihre Gefühle, sondern durch ihre Intelligenz von manchen anderen, die nur deshalb weder mit der Irrenanstalt noch mit dem Gefängnis jemals Bekanntschaft machen, weil ihr Verstand sie daran verhindert. Diese würden aus Egoismus altruistische Gefühle vortäuschen. — Eine Entscheidung dieser Frage liegt außerhalb unserer Aufgabe.

Organische Demenzen.

Ebenso wie beim angeborenen hat man bis vor kurzem auch bei allen Formen des erworbenen Schwachsinns Gefühlsmängel vorausgesetzt. Die Beobachtungen, auf die sich diese Lehre gestützt hat, sind auch zweifellos richtig: daß Paralytiker sehr bald eine ästhetische und ethische Abstumpfung — recht oft z. B. einen überraschenden Verlust des Schamgefühls — und daß senil Demente ebenso wie viele Epileptiker einen zunehmenden Mangel an altruistischen Regungen zeigen, steht fest. Trotzdem wird Bleuler mit der Annahme recht haben, daß in diesen Fällen in erster Linie nicht das Gefühl, sondern der Verstand Not gelitten habe. Die Kranken verlieren den Begriff von dem, was erlaubt, was gut und was schön ist, und bringen nur deshalb keine entsprechenden Gefühle auf. So erklären sich manche Widersprüche, auf die Bleuler hingewiesen hat. Derselbe Greis, der niemals irgendwelche Reue über ein von ihm begangenes Sittlichkeitsverbrechen gezeigt hat, ist außer sich, wenn es gelingt, ihm diese Tat wirklich begreiflich zu machen; und der Paralytiker, der über seine intellektuellen Mängel sonst höchstens verlegen gelacht hat, weint verzweifelt, wenn sie ihm an irgend einem Beispiel einmal auffallen. Aus einem ähnlichen Grunde wechselt die Stimmung von Paralytikern und Greisen so leicht, sie lachen und weinen in einer Minute, weil sie die Ursache ihres Affektes schnell vergessen. Sodann beruht darauf die Bestimmbarkeit dieser Affekte, die sich mit beinahe experimenteller Sicherheit durch einen Wechsel des Themas vertauschen lassen. Wenn man Paralytiker sich selbst überläßt, so scheint ihre Stimmung von ihrem körperlichen Wohlbefinden abzuhängen; wo ein gewisses Krankheitsgefühl besteht, da mischt sich eine melancholische Grundauffassung ein; häufiger führt aber ein (nicht aufgeklärtes) physisches Kraftgefühl im Verein mit der Urteilsschwäche zu „blander Euphorie," d. h. einem durch keine Kritik gehemmten Glücksgefühl und so zu Größenideen. Bei senil Dementen kommt übrigens etwas Ähnliches vor, jedoch ist hier eine läppische Fröhlichkeit häufiger. — Schließlich führt der Wegfall der beim Gesunden automatisch wirksamen Hemmungen bei vielen organisch Kranken (z. B. nach Apoplexien) zu einer mangelnden Dämpfung der Affektäußerungen: die Kranken weinen und lachen fassungslos bei jedem kleinsten Anlaß.

Englische Autoren sprechen in solchen Fällen von einer „emotionellen Inkontinenz". Dieselbe Eigenschaft schreibt Bleuler den Alkoholisten zu; bei denen die Affektivität ebenfalls nicht herabgesetzt, sondern erhöht sei.



Alle Gefühle könnten bei ihnen anschlagen und sie schlügen leichter an, als bei Gesunden, aber es fehlte ihnen wieder die Dauer. Sehr bekannt ist die Empfänglichkeit der Trinker für rührselige Stimmungen (heulendes Elend), die an die Stelle der durchschnittlich vorhandenen jovialen Heiterkeit treten, sowie die damit verwandte Neigung, sich selbst zu bemitleiden oder zu bewundern. Trinker lügen subjektiv lange nicht so häufig, wie sie objektiv die Unwahrheit sagen. Sie glauben tatsächlich an die Besserung, die sie versprechen, und ihre Reue ist, wenn auch nicht nachhaltig und wirksam, doch manchmal im Augenblick ganz echt. Ebenso schnell wie in Rührung geraten Trinker in heftige Wut, in der sie bald alles Maß verlieren und nun recht gefährlich werden können. Auch bei Alkoholisten lassen sich übrigens diese Affektschwankungen durch eine geschickte Leitung der Unterhaltung willkürlich erzeugen.

Ein sehr eigentümliches Symptom mancher organischer Krankheiten ist eine gewisse Form läppisch gefärbter, krampfhafter Lustigkeit (Moria), die man, häufig gepaart mit einer leichten Bewußtseinstrübung und mit motorischer Unruhe, bei Stirnhirn- und anderen Hirntumoren, ferner aber bei allen möglichen anderen organischen Prozessen (Paralyse, präsenilen und senilen Psychosen, traumatischen und infektiösen Schwächezuständen) sowie gelegentlich auch im epileptischen Dämmerzustand beobachtet. Bonhoeffer faßt deshalb diese Form von Euphorie mit Recht als eine häufige exogene Reaktionsform auf. Die eigentliche „Moria“ (Witzelsucht) ist übrigens in manchen Fällen so charakteristisch, daß der Erfahrene sie ohne weiteres wiedererkennt. Die Kranken sind — ähnlich wie Hebephrene oder Maniaci — ausgelassen und betragen sich läppisch, aber die Bewußtseinstrübung und die motorische Unruhe verleihen ihrem Benehmen doch Züge, die es von der manischen Euphorie und von der hebephrenen Albernheit unterscheiden: einer meiner Patienten rannte, ohne ein Wort zu sprechen, ruhelos auf und ab und riß dabei alle Gegenstände von den Tischen, alle Bettstücke aus den Betten und alle Bilder von den Wänden, ein anderer zupfte die Mitpatienten an der Nase, riß der Pflegerin die Schürze herunter, drehte das Licht aus — alles rastlos, ohne jede nachträgliche Freude über die gelungenen Scherze, beinahe rein automatisch. Zuweilen geben die Kranken dann übrigens auch absichtlich falsche Antworten.

Schizophrenie.

Große diagnostische Bedeutung besitzen die gemütlichen Störungen bei der Dementia praecox. Man mag sie, wieder nach Bleulers Vorgang, zum guten Teil darauf zurückführen, daß der Kranke in seine eigene Ideenwelt versinkt (Autismus) und an der Wirklichkeit deshalb kein Interesse mehr nimmt, — daß in der Gefühlsanomalie ein Hauptsymptom der Krankheit besteht, ist unabhängig von jeder theoretischen Auffassung sicher. Intellektuelle Defekte sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gewissermaßen nur potentiell vorhanden; wir haben oft Schwierigkeiten sie nachzuweisen und sind niemals sicher, ob sie nicht eines Tages, und sei es nur für Minuten, wieder verschwinden werden; die gemütliche Störung — auch wenn sie nicht in jedem Augenblick als Stumpfheit erscheint — bleibt immer. Im Anfang haben die Kranken zuweilen selbst eine gewisse Empfindung davon: „es ist, als ob ich von einer dichten, kalten Luftschicht umgeben wäre,“ sagte uns ein Patient,

„durch die niemand ganz zu mir dringen kann und ich nicht zu den andern. Die andern (sc. einschließlich seiner Eltern) gehen mich eigentlich gar nichts mehr an, und wenn wir (Arzt und Patient) stundenlang miteinander reden, habe ich immer das Gefühl, als ob wir uns nicht verständen, und als ob das alles gar keinen Zweck hätte.“ Ist die Krankheit ausgesprochener, so werden die Kranken roh gegen ihre Angehörigen, mitleidlos gegen andere Patienten, gleichgültig gegen ihre Arbeit und ihr Geschäft und unempfindlich für die Forderungen der Pflicht und des Amtes. Das Feingefühl schwindet, und noch sehr intelligente Kranke können höchst ekelhafte Sachen sagen und tun. Von ihren eigenen Verfehlungen, ja selbst von brutalen Gewalttaten sprechen sie ohne Affekt; ihre Krankheit, das soziale Scheitern, die Verbringung in die Anstalt, die Verlegung von einer Abteilung auf die andere berühren sie, auch wenn sie sich negativistisch dagegen wehren, innerlich nicht, und an den Vorgängen auf der Abteilung nehmen sie, stumpf herumhockend, wenig oder gar keinen Anteil. Mehrere Kranke Bleulers mußten bei einem Anstaltsbrand fortgeführt werden; sie selbst hätten sich ruhig verbrennen lassen. Derselbe Autor berichtet, ein Patient habe des Nachts einen anderen totgeschlagen, die übrigen fanden es nicht nötig, deshalb den Wärter zu wecken. Daß die Kranken dabei selbst im Stupor, wie häufige Stichproben ergeben, viel mehr wahrnehmen, als aus ihrem äußeren Verhalten geschlossen werden könnte, macht dieses Darniederliegen des Gefühlslebens nur noch merkwürdiger. — Eine gelegentliche Perversion des Gefühls, die „Umkehr der Gefühlsbeziehungen“, auf die Kraepelin aufmerksam macht, muß wohl in einen, wenn auch heute noch dunklen Zusammenhang mit dem Negativismus und den Bizarrerien gebracht werden. Dazu stimmt namentlich auch die von Bleuler hervorgehobene Tatsache, daß gar nicht selten nicht der Affekt, sondern nur seine Äußerungen pervers, inadäquat erscheinen: „Der Patient empfindet Freude an einem Geschenk, jammert aber dabei.“ Ganz allgemein besitzen die Gefühlsäußerungen der Schizophrenie regelmäßig etwas Gewaltsames, Unnatürliches, Theatralisches; zuweilen scheint es geradezu, als ob die Patienten sich damit über ihre Umgebung lustig machten, sie ironisierten, und Bleuler hat sicher recht mit der Bemerkung, daß wir hauptsächlich deshalb mit Dementia praecox-Kranken so gut wie niemals in „gemütlichen Rapport“ gelangten. Wir kommen ihnen nicht näher, und ihre Affekte lassen uns kalt oder stoßen uns gar ab — sehr im Gegensatz etwa zum Verhalten manischer oder melancholischer Patienten.

Besonders aufgefallen ist von jeher der Mangel an Gefühlsbetonung, der den Wahnideen schizophrener Patienten und allem, was sie sonst an krankhaften Überzeugungen äußern, eigen ist. Man wird schwerlich (mit Bleuler) annehmen können, daß diese ganzen Ideen eben nur Symbole oder Masken darstellen, hinter denen sich andere, wirklich affektbetonte Vorstellungen verstecken; denn in den neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitsbildern hebephrenischer Kranker tritt diese eigentümliche gemütliche Indifferenz auch zutage. Mit der Überzeugung, magen- oder lungenkrank zu sein, nicht mehr denken zu können usf., ist es diesen Patienten durchaus ernst, ein tiefes Gefühl aber bringen sie hier ebensowenig auf, als wenn ihr Vater stirbt oder sie selbst aus der Stellung gejagt werden. Für spätere Stadien freilich wird man ruhig zugeben dürfen, daß die Patienten an den Unsinn, den sie reden, selbst nicht glauben,

und eben deshalb wird man nicht alles für Wahnideen halten dürfen, was auf den ersten Blick danach aussieht (vgl. S. 178).

Wie die gemütlichen Störungen bei der Schizophrenie den intellektuellen vorangehen, so überdauern sie sie auch. Angehörige, die feiner beobachten und feiner empfinden, bemerken gemütliche Defekte auch da noch, wo sich die groben katatonen oder hebephrenen Symptome längst zurückgebildet haben und der Kranke als „geheilt“ entlassen worden ist. Es ist dann, als wenn die Blüte von der Persönlichkeit abgestreift wäre; selbst wenn gute intellektuelle Leistungen noch möglich sind, werden feinere ethische und ästhetische Regungen fast stets vermißt. Oft wird das besonders deutlich in der Art, in der sich die Kranken über die akute Phase ihrer Psychose äußern.

Gelegentlich wird die gemütliche Stumpfheit der Dementia praecox-Kranken durch heftige Gefühlsausbrüche durchbrochen. Bleuler legt deshalb den Nachdruck überhaupt, nicht auf die Stumpfheit, sondern auf den Mangel an affektiver Modulationsfähigkeit, die Gefühlssteifigkeit. „Kommt ein Wechsel des Affektes vor, so geschieht er oft langsamer als bei Gesunden, die Affekte hinken hinter den Ideen nach oder sie erscheinen ganz launenhaft. Man weiß nicht recht, warum sie jetzt und in dieser Form auftreten.“ Stille Hebephrene beklagen plötzlich ihren geistigen Verfall oder jammern über Heimweh, Paranoide schelten über ihre Verfolger oder die Stimmen, katatone geraten in lebhafte Angst oder sinnlose Wut. Von äußeren Anlässen hängen diese Ausbrüche nicht ab, und nur in den Endzuständen finden wir häufig eine sehr starke Reizbarkeit. Im übrigen ist aber gerade die Motivlosigkeit charakteristisch. Erschütternde Ereignisse werden gleichgültig und kalt, dafür aber ganz unwesentliche Dinge mit großem Affekt berichtet. (Wieviel von den Affektausbrüchen der Dementia praecox auf einfache motorische Erregung ohne tiefere affektive Ursache zurückzuführen ist, läßt sich schwer sagen; jedenfalls können sie nicht alle auf diese Weise erklärt werden.)

Was die einzelnen Verlaufsformen der Dementia praecox angeht, so zeigen die Hebephrenen häufig eine läppische Heiterkeit, die Kraepelin für viele Fälle zutreffend mit der krampfhaften Lustigkeit übermüdeter Kinder vergleicht. Ob es den Patienten dabei innerlich wirklich wohl ist, mag dahin gestellt bleiben, jedenfalls steht meistens die Neigung zu schnippischen, frechen Antworten und zu paradoxen sprachlichen Assoziationen im Vordergrunde — als ob sie sich über ihre Umgebung lustig machen wollten. Ich habe erlebt, daß dieses Zuges wegen, namentlich wenn die motorische Unruhe fehlte und die Kranken zugleich ein eigentümliches leeres Lächeln zeigten, zu Unrecht Simulation bzw. Pseudo-Demenz angenommen worden war. Bei den paranoischen Formen überwiegt neben dem Selbstbewußtsein eine mißtrauische Reizbarkeit, oder aber es kommt (ähnlich wie bei der Paralyse) mit und ohne die Mitwirkung entsprechender Sinnestäuschungen zu einem länger dauernden subjektiven Wohlbehagen. Hinsichtlich der Katatonie ist dem oben für die Schizophrenie im allgemeinen Gesagten nichts hinzuzufügen.. Für die Endzustände ist am meisten charakteristisch ein Zustand unbekümmerter Wunschlosigkeit.

Differentialdiagnostisch sind bei der Beurteilung der schizophrenen Gefühlsstörungen, die natürlich am deutlichsten im Stupor zutage treten, in erster Linie die Imbezillität, die Psychopathie (vgl. oben S. 200) und das manisch-depressive Irresein zu berücksichtigen. Über den angeborenen Schwachsinn

haben wir oben gesprochen; ernste diagnostische Schwierigkeiten entstehen hier selten. Um so schwerer ist häufig die Unterscheidung schizophrener von hysterischen, psychopathischen und manisch-depressiven Zustandsbildern. Auch beim periodischen Irresein beobachten wir gelegentlich Depressionszustände, in denen Selbstanklagen, Angst und Traurigkeit hinter einer einfachen Apathie, dem Gefühl der Insuffizienz, der Interesselosigkeit zurücktreten (s. u.). Kommt es auf diese Weise zum ausgesprochenen Stupor, so kann die Diagnose fast unmöglich werden; am ehesten werden uns dann noch die körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte (vgl. Kap. IX) zur Klarheit verhelfen. Ist die Depression weniger tief, so pflegen uns die Kranken die Diagnose dadurch zu erleichtern, daß sie über ihre angebliche eigene Verblödung, über Interesselosigkeit, Kälte im Verkehr mit den Angehörigen, die Unfähigkeit, sich zu freuen oder sich zu entrüsten, selbst klagen. Man hat deshalb von einem „Affekt der Gefühllosigkeit“ gesprochen und damit schon ausgedrückt, daß es sich hier in letzter Linie nicht um den Mangel jeglichen Gefühls, sondern um eine bestimmte Form gemütlicher Depression handelt. Diese unterscheidet sich gewiß von den ängstlichen oder einfach traurigen Zuständen, die wir bei der Melancholie sonst sehen, hat aber mit der Gefühlsleere der Schizophrenie doch nur eine gewisse äußere Ähnlichkeit. Dagegen finden wir bei gewissen Psychopathen, namentlich wenn sie zugleich leicht debil sind, gelegentlich Ungereimtheiten in der Gefühlsbetonung, die auf den ersten Blick an Dementia praecox erinnern können. So ertrug ein Referendar, der als Offizier im Kriege fahnenflüchtig geworden war, die gerichtliche Anschuldigung selbst und den Vorwurf einer durch und durch lügenhaften Verteidigung mit völliger Gelassenheit; als man von ihm aber die Namen gewisser Zeugen wissen wollte, geriet er in Affekt; sein Zartgefühl mache es ihm unmöglich, diese Personen in ein so peinliches Verfahren hineinzuziehen. Ebenso entrüstet verteidigte er sich gegen den Verdacht, zu viel getrunken zu haben oder während seiner Abwesenheit vom Heere in Weibergesellschaft geraten zu sein.

Erhöhung der gemütlichen Erregbarkeit.

Eine Erhöhung der gemütlichen Erregbarkeit wird in mannigfachen Formen beobachtet. Schon in der Gesundheitsbreite lassen sich lebhafte und weniger lebhafte Leute bekanntlich nicht einfach in eine quantitativ abgestufte Skala einordnen. Die gemütliche Ansprechbarkeit, die allen normalen Kindern und vielen Frauen eigentümlich ist, ist von der zornmütigen Reizbarkeit mancher Menschen ebenso weit entfernt wie von der weichlichen Empfindsamkeit anderer Personen. Alle diese Typen können ins Pathologische gesteigert sein.

Manie.

Eine ziemlich reine Form erhöhter gemütlicher Erregbarkeit finden wir in der Manie. Hier ist die Stimmung bekanntlich im ganzen heiter, von einem großen Glücksgefühl beherrscht. Alles erscheint dem Kranken günstig, seine Körperkräfte haben zugenommen, seine äußere Lage ist glänzend, seine Begabung hervorragend, alle Menschen schätzen ihn hoch — wie er sie. Schon äußerlich sieht man ihm seine Euphorie an, er erscheint verjüngt, sieht wohl aus, bewegt sich schnell, elastisch, elegant und sicher; seine Hemmungen sind

fortgefallen. Aber nicht bloß Lustgefühle werden in der Manie leichter ausgelöst als bei gesunden Menschen, auch andere Affekte liegen parat und schwellen zu größerer Stärke an, freilich um ebenso schnell wieder zu verfliegen. Darauf beruhen der leichte Umschlag der Euphorie in traurige oder gereizte Stimmungen und der schnelle Wechsel des Interesses an den Dingen der Außenwelt. Die vielbesprochene „Nivellierung der Vorstellungen" (vgl. S. 116) besteht zum guten Teile darin, daß den Maniacus alles und jedes interessiert, aber nichts dauernd fesselt. Einer Sache ein nachhaltiges und tiefes Gefühl entgegen zu bringen, verhindert ihn neben der motorischen Unruhe gerade die Ansprechbarkeit seines Interesses. Endlich führt die Stimmungsanomalie (allerdings wohl im Verein mit der Denkstörung) zu einem Verlust auch der moralischen Hemmungen und damit zu einer Verflachung der sittlichen Anschauungen, die bei keiner ausgesprochenen Manie vermißt wird. Die Kranken lügen, verleumden, brechen ihr Ehrenwort, sind rücksichtslos und brutal gegen ihre Umgebung, lassen jedes Schamgefühl, auch in sexueller Hinsicht, vermissen, begehen grobe Exzesse, ohne sie auch nur zu vertuschen, usf.

Hysterie.

Wesentlich anders ist (obwohl darin Übergänge und Mischungen vorkommen) die gemütliche Erregbarkeit der meisten hysterischen Personen. Kraepelin sieht das beste Kennzeichen der hysterischen Erkrankungen geradezu in der „außerordentlichen Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfache körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen." Eine Schilderung im einzelnen läßt sich deshalb schwer geben, weil hier Stimmungen und Affekte sprunghaft und unberechenbar und scheinbar ohne jedes Verhältnis zu äußeren und inneren Anlässen wechseln. Da wo eine genaue Analyse im Einzelfall möglich ist, führt sie immer auf eine übertriebene Betonung des Ichkomplexes, auf eine bestimmte Form des Egoismus, die den Kranken drängt, sich überall in den Vordergrund, in den Mittelpunkt zu stellen und jedes Hindernis in diesem Bestreben mit Unlustaffekten zu beantworten. So ist die Stimmung je nach der zufälligen Konstellation bald ausgelassen fröhlich oder gar „verzückt", bald ebenso maßlos zornig, wütend, gereizt, eifersüchtig, mißtrauisch, bitter, ängstlich, traurig, verzweifelt. Auch bei genauester Kenntnis eines Individuums läßt sich sein Verhalten im nächsten Moment niemals vorhersagen; dieselbe Kranke, die heute über ein leidendes Tier in fassungsloses Mitleid ausbricht oder andere Patienten mit rührender Sorgfalt pflegt, lacht morgen über die Schmerzen eines anderen und betrachtet einen Sterbenden mit schneidender Kälte, und derselbe Arzt, der eben noch verehrt und „angebetet" wurde, gilt jetzt als verächtlicher Feind; denn mit der Stimmung ändert sich auch die Beurteilung der Menschen und der Dinge.

Fast immer hängen diese Stimmungsumschläge von suggestiven Einflüssen ab. Ein hingeworfenes Wort gestaltet die Gemütsverfassung einer Patientin von Grund aus um, oder die traurige Auffassung eines melancholischen Mitpatienten wird übernommen und nur in ihren Äußerungen noch übertrieben. Auch die Gefühlsbetonung der einzelnen Vorstellungen läßt sich beeinflussen, so daß Dinge ekelhaft erscheinen, die die Kranken früher als schön empfunden

hatten und umgekehrt. Häufiger als der persönliche Einfluß eines andern Menschen wirken in dieser Richtung übrigens zufällige Erlebnisse, wie wir das für manche sexuelle Perversionen oben schon kennen gelernt haben. Auch die krankhaften Gelüste schwangerer Frauen gehören wohl zum größten Teil hierher.

Häufig steigern sich Hysterische vor unseren Augen in einen bestimmten Affekt erst hinein. Die ältere Literatur sprach von einem Zustande von „Leidseligkeit", einem wollüstigen Wühlen in eigenen Schmerzen. Der Zustand ist nicht selten, es gibt viele Psychopathen, die sich irgend ein Unglück lebhaft vorstellen, um den Schmerz, das Mitleid der andern und die eigene Seelengröße auszukosten. Aber auch Affekte, die sich nach außen entladen, wie Zorn und Angst, wachsen nicht selten in dem Maße, in dem sie beachtet und, zunächst absichtlich, übertrieben werden. Daß es sich dabei nicht um reines Theater handelt, beweisen die körperlichen Begleiterscheinungen, die auch in solchen Fällen besonders schnell und heftig auftreten; manche körperlichen Krankheitszeichen der Hysterie, Tachykardie, Schweißausbrüche, Durchfälle u. dgl., kommen auf diese Weise zustande, ebenso wie hysterische Anfälle häufig im Anschluß an solche Affekte erstmals auftreten.

Haltlose. Stimmungslabilität.

Die Leichtigkeit, mit der sich hysterische Menschen mit und ohne fremde Beeinflussung begeistern oder entrüsten, ist aber auch andern Psychopathen eigen. Nur ist außerhalb der Hysterie eine eigentliche Lebhaftigkeit und Maßlosigkeit weniger häufig als eine besonders große Ansprechbarkeit der Gefühle, die gewöhnlich wieder mit einer gewissen Oberflächlichkeit verbunden ist. Daß leicht Imbezille durch diese Erregbarkeit ihres Interesses — namentlich wenn sie mit einem guten Gedächtnis gepaart ist — über ihr wirkliches intellektuelles Können zu täuschen vermögen, sahen wir schon. Etwas Ähnliches kommt aber auch ohne intellektuelle Mängel vor; die „Haltlosen", die trotz guter Anlagen praktisch immer als oberflächlich und leichtsinnig imponieren, leiden in erster Linie an dieser Störung des Gefühlslebens.

Diesen Kranken nahe stehen andere, bei denen man neuerdings mit Recht von einer „konstitutionellen Stimmungslabilität" gesprochen hat. Ihnen fehlt ein gleichmäßiges, von den Wechselfällen des Lebens verhältnismäßig unabhängiges Temperament. Nicht bloß große, sondern schon kleine Anlässe verscheuchen die vorher vorhandene heitere Lebensauffassung, erschüttern das Selbstbewußtsein, den Lebensmut, die Hoffnung auf die Zukunft; und ebenso wirken minimal kleine Erfolge, eine belanglose Anerkennung, ein geringer Glückszufall nach der entgegengesetzten Richtung; die Depression geht in Euphorie, die Mutlosigkeit in erhöhtes Selbstbewußtsein über. So können diese Kranken für manisch-depressiv gehalten werden, bis eine genaue, länger fortgesetzte Beobachtung die Abhängigkeit dieser Schwankungen von exogenen Momenten nachweist.

Konstitutionelle Nervosität und erworbene Neurasthenie. Reizbare Schwäche.

Eine etwas abweichende Form schnell aufsteigender und schnell abfallender Affektkurven finden wir bei der „konstitutionellen Nervosität"



und bei der Erschöpfungsneurasthenie, bei den Krankheiten also, deren Gefühlsstörung man zutreffend als „reizbare Schwäche" gekennzeichnet hat. Die „Schwäche" braucht freilich nicht immer eine soziale zu sein; eine gewisse nervöse Ungeduld, eine leichte Reizbarkeit und eine erhöhte Begeisterungsfähigkeit („Reizsamkeit") vermögen die soziale Leistungsfähigkeit unter den heutigen Lebensbedingungen gelegentlich sogar zu steigern. Nur pflegt die gemütliche Erregung bald nachzulassen, und deshalb versagen diese Kranken da, wo dauernde Leistungen, insbesondere in der Form einer ruhigen, gleichmäßigen Pflichterfüllung, verlangt werden.

Noch regelmäßiger schädigt diese gemütliche Formel die soziale Brauchbarkeit durch die Konflikte, zu denen sie führt. Nicht bloß die Ungleichmäßigkeit ihres Wesens überhaupt, sondern insbesondere die Reizbarkeit, die Neigung zu schnell aufbrausenden Zornaffekten bei geringfügigem Anlaß macht diese Kranken als Vorgesetzte, Kollegen und Untergebene sehr unbequem. In der Familie sind sie erst recht unerträglich, weil hier der selten fehlende Egoismus alle sonst gewahrten Schranken durchbricht und die Affekte gar keine Dämpfung mehr erfahren. Vor der Gefühlsbetonung, die den subjektiven Beschwerden dieser Nervösen eigen zu sein pflegt, versinkt jede Rücksicht auf andere, und so scheinen die nächsten Angehörigen bald nur noch dazu da zu sein, dieser quälenden Krankheit jedes mögliche Opfer zu bringen. Daß sich die Nervosität außerdem häufig in ätzender Selbstkritik äußert, ändert an dieser Tatsache nichts.

Die schwersten Fälle dieser Art betreffen wohl immer geborene Psychopathen, doch kommt eine gewisse Reizbarkeit auch bei der echten (exogenen) Neurasthenie vor. Bei Rekonvaleszenten (Influenza, Typhus) beobachten wir sie ebenso wie bei Menschen, die sich lange den Schlaf entzogen oder ungenügend ernährt haben; auch die Reizbarkeit mancher Herzkranker ist bekannt. Die der Arteriosklerotiker hängt wohl mit der Unfähigkeit des Gefäßsystems zusammen, sich schnellen Zustandsänderungen anzupassen. Von der Reizbarkeit mancher Schizophrenen war oben schon die Rede.

Alkoholismus. Epilepsie.

Geradezu gefährliche Grade erreicht die Reizbarkeit mancher Trinker (s. o.) und vieler Epileptiker, bei denen die ältere Psychiatrie eben deshalb von einer Iracundia morbosa gesprochen hatte. Minimale Anlässe erzeugen heftige und lang andauernde Affekte, die sich unter Umständen in rücksichtslosen Gewalttaten entladen. Die meisten Attentate und Wutanfälle in Irrenanstalten betreffen Epileptiker, deren Egoismus sie jede Kleinigkeit als schwere Beleidigung empfinden läßt. Besonders häufig sind solche Explosionen in den epileptischen „Verstimmungen", die anfallsweise, endogen entstehen und als psychische Äquivalente des Krampfanfalls aufgefaßt werden können. Wer den Patienten in einem solchen Zustand innerer Verbissenheit und Niedergeschlagenheit (Aschaffenburg) zu nahe tritt, ist in der Gefahr, einen schweren Affektausbruch auszulösen. Viele Kranke wissen das selbst und ziehen sich in diesen Zeiten in mürrischer Verschlossenheit vor aller Welt zurück: „Man soll mich bloß in Frieden lassen, mir nicht zu nahe kommen, dann geht es schon wieder vorbei." Oft kehrt sich der Mißmut auch gegen den Kranken selbst, und zuweilen begeht er deshalb Selbstmord.

Des näheren soll auf die epileptischen Verstimmungen im Abschnitt „Bewußtseinsstrübungen" eingegangen werden; dabei wird auch der Unterschied zwischen der echten und der Affektepilepsie zu berücksichtigen sein. Hier sei nur zweierlei betont: einmal, daß die epileptischen Verstimmungen häufig von körperlichen Symptomen begleitet werden; das Gesicht wird blaß oder rot, die Pupillen werden weit und reagieren träge, die Hände zittern, Schweiß bricht aus, die Herzaktion ist gelegentlich stark beschleunigt. Sodann, daß ähnliche Zustände auch bei Psychopathen vorkommen, die niemals einen epileptischen Krampfanfall durchmachen. Es erscheint uns mit Binswanger, Wilmanns u. a. unmöglich, diese Fälle alle, wie Aschaffenburg will, zur Epilepsie zu rechnen. Der Begriff der Krankheit wird sonst so verwässert, daß er — von den praktischen Aufgaben der Diagnostik ganz zu schweigen — nicht einmal heuristisch zu gebrauchen ist. Und gerade bei der Epilepsie besitzen wir — im Anfall — doch ein Abgrenzungsprinzip, auf das wir wenigstens solange nicht verzichten sollten, als wir ein besseres, etwa in anatomischen Veränderungen, noch nicht kennen gelernt haben.

Angst.

Einer besonderen Besprechung bedarf seiner diagnostischen Bedeutung wegen ein Affekt, der nicht bloß innerhalb der Irrenanstalten, sondern auch in den Sprechstunden der Nervenärzte eines der am häufigsten geklagten Symptome bildet: die Angst. Die Angst als eine Verbindung von Unlust und innerer Spannung (Kraepelin) ist allen Menschen geläufig, zum mindesten in der Gestalt von Gewissensbissen, Verantwortungsgefühl, Erwartungsaffekten, Sorgen usw. Daß in dieser Reihe der normalen Spannungsgefühle auch die Verantwortung steht, macht verständlich, daß Kraepelin die Angst bei den sonst gleichen Psychosen der Angehörigen weniger hoch kultivierter Rassen vermißt und daß Oppenheim sie in der Privatsprechstunde häufiger angetroffen hat als in der Poliklinik.

Es scheint, als ob der Mechanismus, der schließlich das subjektive Gefühl der Angst ausmacht, und bei dem sicher psychische und physische Faktoren ineinander greifen, um so leichter anspräche, je häufiger er in Anspruch genommen wird. Viele Menschen besitzen von Hause aus eine Disposition zu Gefäßspannungen u. dgl., die beim Hinzutreten seelischer Schädlichkeiten als Angst manifest wird. Auf diesem Boden erzielen einmalige heftige Gemütsbewegungen (Schreck), schwere, langdauernde Erwartungsaffekte, Sorgen, Gewissensbisse, Kummer, die ständige Spannung eines verantwortlichen Berufes oder eines unerquicklichen Familienlebens ein Ergebnis, das die Patienten schließlich mit der Klage über die Angst in unsere Sprechstunden führt. Oppenheim sah Angstzustände gehäuft bei den Opfern russischer Progrome. — Daß die viel besprochene sexuelle Ätiologie eine besonders große Rolle spiele, wird von den meisten Autoren bestritten; richtig ist immerhin, daß die Gewissensangst, die häufig auf jeden masturbatorischen Akt folgt, schließlich chronisch werden oder wenigstens immer leichter ansprechen kann, sowie ferner, daß sich eine immer wieder gekitzelte und nie ganz befriedigte Sexualität (Gedankenonanisten, lange Verlobungen etc.) nicht selten in Angstzuständen rächt. In diesem Falle werden wir zur Erklärung weniger an die psychische als an die physische Seite des Angstmechanismus denken und auf die Wirkung hinweisen

müssen, die gehäufte und um ihren normalen Abschluß betrogene geschlechtliche Erregungen schließlich auf das Herz und die Gefäße notwendig entfalten werden. — Außerdem besteht eine noch nicht ganz aufgeklärte Beziehung zwischen Sexualität und Angst darin, daß sich die innere Spannung der Angst bei manchen Psychopathen in masturbatorischen Akten entlädt. Man könnte dabei an einen rein psychologischen Zusammenhang denken (derart, daß die Kranken ihre innere Erregung mißverstehen oder aber sich ablenken wollen [1]), wenn nicht Ejakulationen (bei Schulaufgaben z. B.) infolge bloßer Angst ohne jede sexuelle Vorstellung vorkämen. Hier scheint also ein physiologischer Mechanismus wirksam zu sein, über den wir sonst freilich gar nichts wissen.

Übrigens steht allgemein fest, daß es ein rein körperliches Angstgefühl gibt, das durch mannigfache Schädigungen ausgelöst werden kann. Jede Behinderung der Atmung ebenso wie jede Störung des Kreislaufes, gleichviel ob sie durch einen organischen Herzfehler, durch Arteriosklerose oder nur durch schnelles Treppensteigen herbeigeführt wird, können als Angst empfunden werden. Die gleiche Wirkung haben Vagusreizung, Reizung der serösen Häute des mittleren Keimblattes (Stransky), Vergiftungen durch Kaffee, Nikotin, Tollwut [2]). Auch die besondere Veranlagung zu ängstlichen Stimmungen, die wir häufig nach Infektionskrankheiten (Influenza) beobachten (Insuffizienz des Herzens, Anämie), darf wohl ähnlich erklärt werden.

Die von James und Lange zur Erörterung gestellte Frage, ob nicht jede Angst, wie alle Affekte überhaupt, als die Empfindung ihrer körperlichen Begleiterscheinungen gedeutet werden müsse, soll hier unerörtert bleiben. Diagnostisch wichtig ist nur, daß diese körperlichen Begleiterscheinungen selten ganz fehlen und in schweren Fällen von Angst gehäuft angetroffen werden; zu nennen sind die Veränderung des Gesichtsausdrucks, dessen maskenartige Leere häufig in dissimulatorischer Absicht durch ein krampfhaftes Lächeln kompliziert wird, das Blaßwerden, das Ausbrechen von Schweiß, das Klappern der Zähne und das Zittern aller Körpermuskeln, die Verlegenheitsbewegungen, die ganz unkoordiniert aussehen können, eine allgemeine Unruhe des Körpers oder aber — namentlich bei plötzlich auftretender Angst — ein vollkommenes Erstarren aller Bewegungen („attonitus"), das Sträuben der Haare, die kalten Hände und Füße, die Gänsehaut, die Trockenheit der Lippen; ferner die Erhöhung des Blutdrucks, die Vermehrung der Pulsfrequenz, die beschleunigte und oft von stöhnenden Inspirationen unterbrochene Atmung, die vermehrte Tätigkeit der Blase und des Darms (Tenesmus), die Erweiterung der Pupillen. Bei häufiger und länger dauernder Angst kommt es zuweilen zum frühzeitigen Ergrauen der Haare.

Subjektiv leiden die Kranken unter einem Oppressionsgefühl auf der Brust, Druck am Herzen (Präkordialangst), Herzklopfen, einem Gefühl, als ob das Herz still stünde, ferner unter würgenden Empfindungen im Schlunde, die u. a. die Nahrungsaufnahme schwer stören, unter Unruhe im Darm, dem Gefühl des Geschwollenseins etc. im Unterleib bei Frauen, sowie endlich unter Frieren, Schwindelerscheinungen, Ohnmachtsanwandlungen, Mißempfindungen am Kopf.

---

[1]) Es kommt vor, daß depressive Kranke masturbieren.

[2]) Auf die euphorisierende Wirkung des Alkohols, Morphins, Opiums etc. kann hier nur hingewiesen werden.

Was das psychische Erlebnis angeht, so ist die Angst häufig gegenstandslos. Namentlich im Beginn erklären die Patienten nicht selten, sie hätten Angst, aber sie wüßten selbst nicht wovor, oder was noch häufiger ist, sie erkennen das veränderte Gefühl, das sie beherrscht, überhaupt nicht. Viele sprechen von Heimweh, von dem Gefühl des Fremdseins, einer veränderten Umgebung oder von einem veränderten Persönlichkeitsgefühl; andere klagen über „innerliches" Frieren, über Heißhunger, Schwindel, Spannungsgefühl um den Kopf, das Gefühl der Betäubung u. dgl. (Hecker). Eine direkte Frage, ob nicht Angst vorläge, wird aber von Kranken, die nicht die Absicht haben zu dissimulieren, gewöhnlich bejaht.

Erst bei längerem Bestehen oder bei größerer Intensität verdichtet sich die Angst zu Befürchtungen; es sei deshalb auf die Darstellung der überwertigen Ideen und der Phobien noch einmal verwiesen. Der Gegenstand der Angst ist oft zufällig. Irgend ein Erlebnis gibt den Anlaß, oder aber es wird auch nur die Situation, in der die Angst zuerst auftrat, für die Zukunft gefürchtet. Nicht selten empfinden die Kranken ihre Angst zum ersten Male in überfüllten und überheizten Räumen und nun vermeiden sie jede Menschenansammlung aus Furcht, wieder Angst bekommen zu müssen. In anderen Fällen tritt beim Überschreiten eines großen Platzes eine subjektive Mißempfindung, ein Schwindel, ein Schweiß oder wirkliche Angst auf, und wieder bleibt eine „Phobie", die Platzangst (Agoraphobie), zurück. So ist die Zahl der möglichen Phobien tatsächlich unbegrenzt, und wenn man in diese Fülle überhaupt ein gewisses System hineinbringen will, so könnte man höchstens die Berufsphobien — die Furcht des Redners vor dem Steckenbleiben, des Geistlichen vor dem Predigen, des Arztes vor dem Operieren — von den Situationsbefürchtungen — Agoraphobie, Gewitterangst u. dgl. — trennen.

Für die Psychologie der Angst charakteristisch ist, daß in den meisten dieser Fälle in letzter Linie gar nicht die Situation selbst, sondern nur die Angst gefürchtet wird; Kranke, die mit ihrem Leiden schon lange behaftet sind, erklären nicht selten geradezu: was sie quäle, sei nicht die Furcht vor irgendetwas sonst, sondern nur die Angst vor der Angst.

Angstzustände treten am häufigsten in Anfällen auf. Gewiß gibt es ängstliche Naturen, die stets zu Furchtaffekten bereit sind, aber daß die Angst ununterbrochen länger als Tage hindurch bestünde, ist (außerhalb der Melancholie) selten. Die Anfälle hängen zwar in erster Linie von psychischen Ursachen ab, zeigen aber außerdem die Neigung, sich zu bestimmten Zeiten und unter bestimmten körperlichen Verhältnissen zu wiederholen. Viele Kranke fürchten besonders die Nacht, andere zeigen eine gewisse Tageskurve derart, daß sie mit Angst aufwachen und im Laufe des Tages ruhiger werden.

Vorkommen.

Was nun die Rückschlüsse angeht, die aus dem Bestehen von Angst auf das Grundleiden gezogen werden dürfen, so sei zunächst noch einmal daran erinnert, daß das Symptom als solches normal ist. Als krankhaft kann es erst gelten, wenn es entweder in abnorm großer Stärke oder ohne genügenden Anlaß auftritt. Kein normaler Mensch macht eine Schule durch, ohne die Angst kennen zu lernen. So sind es rein quantitative Unterschiede, die den

konstitutionell Nervösen, der an krankhafter Angst leidet, vom Gesunden unterscheiden. Dubois hat versucht, den Unterschied in einer abnormen Willensschwäche und einer aus ihr entspringenden allgemeinen Feigheit der Kranken zu erblicken. Das gilt, wenn überhaupt, nur für wenige Fälle. Bei den anderen läßt sich häufig nachweisen, daß sie ein ziemlich hohes Maß von geistiger Energie besitzen und aufwenden, um ihre Angst zu verbergen und trotz ihrer ihren Beruf auszufüllen. Nicht einmal das ist richtig, daß diese Individuen wirklich gefährlichen Situationen mehr aus dem Wege gingen als andere oder auch nur mehr in ihnen litten; von den tatsächlichen Ursachen normaler Befürchtungen hängt die krankhafte Angst oft recht wenig ab [1]), und selbst die hypochondrische Tendenz, die aus der Angst häufig erwächst, tritt bei wirklichen körperlichen Leiden durchaus nicht immer zutage. Menschen, die ihr Leben lang ihrer eingebildeten Krankheiten wegen von einem Arzt zum andern gegangen sind, sind häufig vollkommen ruhig und gefaßt, wenn sie sich einer schweren Operation unterziehen oder aber mit der Tatsache eines unheilbaren Leidens abfinden müssen. Das ist psychologisch auch ganz verständlich. Jede Angst birgt immer noch einen Funken Hoffnung in sich; dem wirklich Notwendigen, dem Unvermeidlichen unterwerfen sich alle Menschen ruhiger als dem, was vielleicht doch noch abgewendet werden könnte.

Außer bei den geborenen Psychopathen beobachten wir echte Angstzustände häufig bei den bekanntlich selteneren Fällen einer erst im Leben erworbenen Erschöpfungsneurasthenie. Hierher gehören die oben schon erwähnten Fälle, in denen die Angst in der Rekonvaleszenz von Infektionskrankheiten (Influenza, Typhus) beobachtet wird. Außerdem vermögen langdauernde Schlafentziehung, Unterernährung oder aber, wie gesagt, heftige Gemütsbewegungen und insbesondere häufige Erwartungsaffekte schließlich Angst zu hinterlassen.

Die Angst bei Hysterischen zeigt in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen gewisse charakteristische Merkmale. Häufiger als bei anderen Fällen finden wir hier bestimmte körperliche Symptome, die von den Kranken als lästig empfunden werden, wie das Globusgefühl, das Würgen, eine heftig beschleunigte Atmung; nicht selten aber läßt sich auch ein Mißverhältnis zwischen der Stärke der subjektiven Klagen und der Größe der objektiv nachweisbaren Veränderungen am Puls z. B. oder auch zwischen der Atem- und der Herzfrequenz etwa nachweisen.

Von den eigentlichen Psychosen ist es in erster Linie das manisch-depressive Irresein, dessen depressive Phasen häufig mit Angst einhergehen. Zweifellos wächst diese ängstliche Färbung mit zunehmendem Lebensalter, und insbesondere die klimakterischen Melancholien zeigen zuweilen geradezu das Bild einer Angstpsychose. Eine selbständige Krankheit dieser Art, wie sie Wernicke abgrenzen wollte, wird aber heute wohl kaum noch von einer Schule anerkannt.

Als symptomatologischer Zutat begegnen wir der Angst zuweilen im Beginn der progressiven Paralyse, nicht ganz selten bei der Katatonie und ziemlich häufig bei der Arteriosklerose und im Senium. Gesetzmäßig tritt sie

[1]) „Du bebst vor allem, was nicht trifft, und was du nie verlierst, das mußt du stets beweinen."



ferner im Alkoholdelir auf, und zwar hier fast immer vermischt oder verdeckt durch den spezifischen alkoholistischen Galgenhumor.

Die höchsten Grade der ängstlichen Erregung treffen wir in epileptischen Verstimmungen und Dämmerzuständen. Bei den einfachen Verstimmungen kleidet sie sich häufig in das Gewand des Heimwehs, der Reue oder auch bloß einer inneren Unruhe, die zum Fortlaufen oder zum Trinken drängt. Viele Fälle von Porio- oder von Dipsomanie[1]) leiten sich mit dieser inneren Spannung ein. Oft ist die Angst mit Reizbarkeit vermischt, die sich unter Umständen in plötzlichen Gewalttaten entlädt. Bleibt es nicht bei der Verstimmung, so treten in den eigentlichen Dämmerzuständen massenhafte Sinnestäuschungen auf, die die Angst noch verstärken. Symptomatologisch ähnlich sind die Angstzustände, die wir verhältnismäßig häufig als „symptomatische Psychosen" auf exogene Schädlichkeiten folgen sehen.

Verstimmungen.

Nach dieser Schilderung krankhafter Affekte mag jetzt noch kurz auf die länger dauernden pathologischen Verstimmungen eingegangen werden, die sich freilich auf den bisher besprochenen Störungen aufbauen, sich mit ihnen vermischen oder in sie übergehen. So werden sich Wiederholungen nicht ganz vermeiden lassen. Die folgende Darstellung wird aber noch anderen Schwierigkeiten begegnen, auf die zur Erleichterung des Verständnisses von vornherein hingewiesen sein mag. Die bloße Beobachtung des täglichen Lebens zeigt, daß hinsichtlich der Gemütsarten, der Temperamente, die mannigfachsten Färbungen vorkommen; scharfe Grenzen gibt es hier nicht, sondern immer nur Übergänge, Zwischenformen und Mischzustände. So wird der Versuch, alle diese Varianten in einzelne Unterformen einzuordnen, nie mehr als ein Schema erreichen, in das sich die wirklich vorkommenden Anomalien nicht restlos hineinpressen lassen. Nur mit diesem Vorbehalt wollen wir einige Typen herausgreifen.

Euphorie.

Wir beginnen mit der krankhaften Euphorie (der konstitutionellen Erregung). Ihr Wesen besteht in einer abnorm gehobenen Stimmungslage, einer pathologisch gesteigerten Empfänglichkeit für Lustgefühle, die wir in ganz leichten Graden bei im übrigen scheinbar gesunden und nun vermöge dieser Anlage sehr glücklichen Menschen antreffen. Klinisch werden wir freilich in diesen sonnigen Naturen, die sich nach zehn fehlgeschlagenen Unternehmungen immer noch über die elfte freuen, die wenigstens nicht ganz mißglückt ist, schon die leichtesten Fälle eines manischen Temperaments, der konstitutionellen Erregung, erblicken müssen; sozial aber können sie recht leistungsfähig und tüchtig sein. Das ändert sich erst, wenn die Krankheitssymptome an Stärke zunehmen und zu der heiteren Gesamtauffassung ein starkes Kraftgefühl, Eitelkeit, Egoismus, Redelust, Betriebsamkeit und Reizbarkeit treten. Die motorische Unruhe, die Oberflächlichkeit und Ablenkbarkeit des Gedankenganges und der Interessen, der fortwährende Wechsel der Ziele

[1]) die übrigens keineswegs alle zur Epilepsie, sondern zum Teil in das Gebiet der Psychopathie gehören.



tun dann das ihre, um die Lebensführung empfindlich zu beeinflussen. Die Kranken fangen an, zu lügen und aufzuschneiden, sie verleumden und verdächtigen andere, schreiben anonyme Briefe, neigen zu Exzessen in Venere et Baccho, lassen sich zu anrüchigen geschäftlichen Unternehmungen, zu Heiratsschwindeleien und Wechselfälschungen, zu Gewalttaten und Beleidigungen hinreißen und sind außerstande, in einem bürgerlichen Berufe regelmäßige Arbeit zu leisten. Die Diagnose dieser Zustände wird gelegentlich dadurch erschwert, daß die Folgen lang fortgesetzten Alkoholmißbrauches die Grundstörung schließlich überlagern. Zum mindesten im Krankenhause, nach erzwungener Abstinenz, wird sich aber die Entscheidung immer treffen lassen Übrigens werden auch ausgesprochene Maniaci im Anfang nicht selten einfach für betrunken gehalten.

Von dem eben geschilderten Typus führen fließende Übergänge zu den querulatorischen Naturen (vgl. S. 167 unter überwertige Ideen), bei denen von der Euphorie nur das gehobene Selbstgefühl und die Aktivität bleiben, die Reizbarkeit aber in Mißtrauen und Empfindlichkeit übergeht, und zu den betrogenen Betrügern, den pathologischen Schwindlern, die sich in jeder Situation als das fühlen, was sie darstellen möchten, und deren Eigenart man wohl am besten als eine Mischung des manischen und des hysterischen Temperaments auffaßt. Auch manche religiöse Schwärmer gehören hierher.

Depression.

Das Gegenstück der manischen Erregung, die Depression, eine krankhaft erhöhte Ansprechbarkeit für Unlustgefühle spielt in der Pathologie eine noch größere Rolle, und zwar nicht nur deshalb, weil Unlustaffekte und traurige Verstimmungen von den Kranken selbst und von ihrer Umgebung eher für abnorm gehalten werden, als zu große Fröhlichkeit und heitere Gemütsarten. Es gibt keine Geisteskrankheit, bei der nicht Depressionszustände wenigstens vorübergehend beobachtet werden können, und auch das große Heer der bloß Nervösen führen am häufigsten gemütliche Verstimmungen zum Arzt. Als allgemeine Gesetzmäßigkeit stellt sich dabei eine Zunahme der Neigung zu Depressionszuständen mit steigendem Lebensalter heraus.

Die gewöhnlichsten Formen der melancholischen Verstimmung — mögen sie mit Angst verbunden sein oder nicht — lassen sich aus normalen Beobachtungen im täglichen Leben so leicht ableiten, daß hier von einer ausführlichen Schilderung abgesehen werden kann. Die Wirkungen dieser Störung auf den Inhalt (Versündigungsideen) und den Ablauf des Denkens (Hemmung) sind überdies früher schon beschrieben worden; die auf die Bewegungen und das Handeln wollen wir im nächsten Abschnitt erörtern.

In den schweren Fällen läßt sich die Zustandsdiagnose beinahe immer schon nach dem bloßen Aspekt stellen. Die Kranken zeigen einen traurigen, in sich gekehrten Gesichtsausdruck, an dem besonders das tränenlose Weinen, d. h. das Fehlen der Tränen bei einem Gesichtsausdruck, der dem Weinen entspricht, auffällt; alle Bewegungen sind gehemmt, das Auftreten ist schüchtern oder wenigstens übertrieben bescheiden, der Kranke gönnt sich kaum einen Platz auf dem angebotenen Stuhl, die Sprache ist leise, monoton, gepreßt. Wer die Kranken von früher kennt, bemerkt dazu ihr gealtertes, ungepflegtes

Aussehen, ihren müden, schleppenden Gang, ihr wortkarges, scheues, befangenes Wesen. Sie drücken sich mit gesenktem Kopf an den Wänden entlang, gehen ihren Bekannten aus dem Wege, können sich zu keiner Arbeit aufraffen, sind sparsam, selbst geizig. Erreicht die Störung noch höhere Grade, so werden die Patienten entweder ganz still und bewegungsarm — bis zum Stupor — oder sie jammern laut, rennen aufgeregt hin und her, suchen in unruhigen Bewegungen, ev. in Gewalttaten, eine Entladung für ihre innere Spannung.

In den leichtesten Fällen kann das äußere Verhalten dagegen unauffällig bleiben. Die Kranken bewahren ihre äußere Haltung, beherrschen noch die Formen des gesellschaftlichen Verkehrs, geben freundlich Antwort und bringen auch ein Lächeln auf. Willenskräftige Menschen plaudern sogar lebhaft, erzählen Anekdoten — mancher berühmte Humorist soll schwermütig gewesen sein. Im allgemeinen wird, wer tiefer sieht, die innere Mutlosigkeit, die Unzufriedenheit mit der eigenen Person und der äußeren Lage an diesen Kranken schließlich doch bemerken. Geben die Patienten die Veränderung, die mit ihnen vorgegangen ist, selbst zu, so lehnen sie doch häufig das Bestehen einer „traurigen" Verstimmung mit der Bemerkung ab, sie hätten eben gar kein Gefühl mehr, auch keines, das man als traurig bezeichnen könne, ihre Verwandten seien ihnen gleichgültig, Glück und Unglück in der eigenen Familie berührten sie nicht, dem eigenen Beruf, der sonst geliebten Musik, der Politik oder was es sonst sei, brächten sie kein Interesse mehr entgegen. Das und die Hemmung aller intellektuellen Funktionen seien es, was sie quäle und ihnen das Gefühl einer völlig veränderten Persönlichkeit gebe. Daß es sich in diesen Fällen nicht um wirkliche Affektlosigkeit handelt, wurde oben schon erwähnt; wo diese (bei der Dementia praecox) wirklich auftritt, wird sie subjektiv zumeist nicht unangenehm empfunden.

Eine andere, der eben beschriebenen nahestehende Variante der traurigen Verstimmung, die „einfache Niedergeschlagenheit", hat bekanntlich Schopenhauer auf Grund eigener Erfahrungen klassisch geschildert. Den Menschen, die an ihr leiden, erscheint alles grau, trost- und zwecklos, alles nehmen sie schwer, überall sehen sie Berge vor sich, am Schönen können sie sich nicht freuen, für das Gute nicht begeistern, über das Häßliche und Schlechte nicht entrüsten. In anderen Fällen mischt sich in diesen Seelenzustand noch eine gewisse innere Unruhe, die die Kranken nirgends aushalten läßt und von Ort zu Ort, von Unternehmen zu Unternehmen treibt, die sie alle halb liegen lassen. Auch diese Patienten äußern gewöhnlich keine Selbstvorwürfe; nur darüber klagen auch sie, daß sie zu nichts Lust, an nichts Freude, zu sich kein Zutrauen und für die Zukunft keine Hoffnung hätten.

So gut Schopenhauers Schilderung dieser Form entspricht, so sehr beweisen seine sonstigen Äußerungen, daß er selbst schon einem weiteren, nahe verwandten Typus angehört hat, dem der verschlossenen, mißtrauischen Sonderlinge, der Menschen, die zwar auch Pessimisten sind und überall Übles erwarten, die aber die Ursache dieses Unheils größtenteils außer sich, bei andern suchen. Auch diese Formel finden wir am häufigsten als konstitutionelle Eigentümlichkeit; gelegentlich leiten aber ähnliche Charakterzüge auch eine Dementia praecox ein.

In noch anderen Fällen entlädt sich das Mißtrauen in zornigen Affekten oder in einer chronischen Reizbarkeit, in unzufriedenem und verdrieß-

lichem Nörgeln und ewigem Mißmut. Psychologisch sind diese Fälle deshalb wichtig, weil sich in ihnen die Depression nicht mit vermindertem, sondern mit erhöhtem Selbstbewußtsein verbindet. So betreffen sie aus inneren Gründen am häufigsten manisch-depressive Persönlichkeiten, bei denen ein „Mischzustand" je eine Komponente aus den beiden gegensätzlichen Phasen der Grundkrankheit herausgreift. Schwere Manien klingen oft mit einem nörgelnden, querulierenden Zustand ab. Kraepelin hat aber ähnliche Zustandsbilder auch bei der Hirnsyphilis beobachtet; außerdem treten sie zuweilen während der Morphiumentziehung auf.

Ganz allgemein gilt für die diagnostische Beurteilung der eben besprochenen Verstimmungen, daß gelegentlich sehr ähnliche Zustandsbilder im Verlauf der verschiedenartigsten Psychosen vorkommen. Ziemlich reine Bilder einer manischen Erregung mit Euphorie, Ideenflucht und motorischer Unruhe beobachten wir im Beginn der progressiven Paralyse[1]) (Heilbronner), und melancholische Gemütslagen sehen wir nicht bloß im Klimakterium, sondern namentlich auch bei senilen Erkrankungen häufig. Von dem Vorkommen depressiver und manieähnlicher Zustände im Verlauf der Dementia praecox ist schon mehrfach die Rede gewesen. Bei längerer Beobachtung treten die gemütliche Stumpfheit, das mehr äußerliche Jammern, die stereotype Wiederholung der Selbstanklagen oder aber die Sinnlosigkeit der motorischen Erregung und das schizophrene Denken immer zutage; im Augenblick dagegen läßt sich die Entscheidung zuweilen nicht treffen.

Auch bei chronischen Alkoholisten beobachten wir manische und noch häufiger depressive Zustände. Gewöhnlich haftet ihnen ein spezifisch alkoholistisch gefärbter Zug an. Wo es nicht der Fall ist, haben wir es wohl mit manisch-depressiven Persönlichkeiten zu tun, die erst sekundär trunksüchtig geworden sind. Vielleicht steht es ähnlich mit den leicht manischen Zustandsbildern, die wir gelegentlich im Verlauf der Morphiumentziehung zu Gesichte bekommen.

Auf die epileptischen Verstimmungen soll, wie gesagt, an anderer Stelle ausführlich eingegangen werden. — Die hysterisch gefärbten Depressionszustände lassen sich einheitlich nicht beurteilen. Ein Teil unterscheidet sich von echten Melancholien nur dadurch, daß die Persönlichkeit des Kranken schon vorher hysterische Züge in sich trug. In diesen Fällen, die wir in manchen „degenerierten" Familien und ferner im Klimakterium und im Senium verhältnismäßig häufig antreffen, handelt es sich also gewissermaßen um eine Mischung zweier Krankheitsanlagen. Aber die Hysterie kann auch selbständige Depressionen hervorbringen. Diese sind für den Kundigen kaum zu verkennen; das pathetische, wortreiche Jammern, die berechneten Gesten, die Abhängigkeit vom Verhalten der Umgebung machen die Diagnose leicht. Dazu tritt meist noch ein erotischer Zug, weibliche Kranke lehnen sich in ihrem Schmerz an den Arzt, halten seine Hände fest usf. Auch die Suizidtendenzen zeigen typisch hysterische Färbung; die belebteste Brücke wird zum Hinunterspringen benutzt, der Gashahn gerade dann geöffnet, wenn sicher jemand kommen muß, oder

[1]) Ausnahmsweise wird ein manischer Zustand auch auf and ren organischen Boden (vgl. „symptomatische Psychosen") beobachtet, während Depressionen, die mit denen der Manisch-depressiven verwechselt werden könnten, aus exogenem (organischem) Anlaß offenbar nicht vorkommen (Bonhoeffer; bestritten von Specht).



aber ein sorgfältig vorbereiteter Selbstmord wird im letzten Moment noch durch eine rettende Ohnmacht verhindert. Das schließt nicht aus, daß ausnahmsweise ein Suizid gelingt, weil sich die Kranke über die Gefährlichkeit des gewählten Mittels täuscht. Zuweilen geht schließlich die Angst in Wut über oder macht sich in Gewalttaten — Brandstiftungen! — Luft.

Manisch-depressives Irresein.

Sind alle bisher besprochenen differential-diagnostischen Schwierigkeiten überwunden, so ist als nächste die Frage zu entscheiden, ob die vorhandene Verstimmung mit oder ohne äußere psychische Veranlassung entstanden ist. Diese Entscheidung ist eine der schwierigsten, die es in der Psychiatrie überhaupt gibt. Selbst Epileptiker begründen endogen bedingte Stimmungsanomalien während ihres Bestehens häufig psychologisch durchaus einleuchtend. Dabei handelt es sich in der Regel um die Verwechslung von Ursache und Wirkung — ein durch die Verstimmung bedingter Streit wird zu ihrem Anlaß umgestempelt usf. —; bei der Reizbarkeit der Epileptiker dürfen wir jedoch das Vorkommen von exogenen Verstimmungen auch bei ihnen nicht grundsätzlich leugnen.

Bei den übrigen gemütlichen Depressionen liegen die Dinge noch viel verwickelter. Am häufigsten treten sie aus rein endogener Ursache auf, kommen wie „angeflogen", die Kranken wachen eines Tages verstimmt auf, bleiben es eine Zeit lang, und dann verschwinden Depression oder Erregung, wie sie gekommen waren, ohne äußere Ursache, ohne Therapie oder doch, nachdem die scheinbar wirksame Behandlung schon lange ohne Ergebnis eingeleitet worden war. Die Kranken freilich und ihre Angehörigen denken darüber anders, sie finden eine Ursache sowohl für den Beginn der Erkrankung wie für ihr Ende, und wer ihrer Darstellung folgen wollte, würde endogene Verstimmungen ganz leugnen oder jedenfalls für recht selten halten müssen. In Wirklichkeit läßt sich wenigstens das meistens nachweisen, daß gleiche oder ähnliche Anlässe, wie sie die Kranken für ihr Leiden anschuldigen, zu anderen Zeiten dieselbe Wirkung nicht gehabt haben.

Aber es gibt Ausnahmen. Zuweilen werden sogar schwere Manien oder Melancholien wirklich durch äußere seelische Ursachen — eine Verlobung, ihre Aufhebung, den Tod eines nahen Angehörigen, einen wirtschaftlichen Zusammenbruch — ausgelöst. Und leichte Verstimmungen, wenigstens nach der depressiven Seite, sehen wir bei Disponierten auf ungleich geringere Schädlichkeiten — Umzug aus einer Wohnung in eine andere, die Versetzung in ein neues Amt, die erste Entfernung aus dem Elternhause — häufig folgen.

Immerhin ist in den meisten von diesen Fällen auch ein endogenes Moment neben dem äußeren wirksam, und nur das Stärkeverhältnis zwischen beiden Faktoren wechselt. Aber wer den Tatsachen nicht Gewalt antun will, wird auch das zugeben müssen: daß sonst gesunde Menschen durch starke Anlässe wenigstens vorübergehend leichte Depressionen bekommen können.

So sind die Bedingungen, unter denen gemütliche Verstimmungen entstehen können, sehr mannigfach. Um so mehr wäre zu wünschen, daß wir durch verschiedene Ursachen bedingte Zustände symptomatologisch zu unterscheiden vermöchten. Leider ist das nicht der Fall. Nicht immer ist es möglich, einem

traurig verstimmten Menschen anzusehen, ob ihn nur endogene oder außerdem auch äußere Ursachen krank gemacht haben. Nicht einmal da führt uns die bloße Symptomenanalyse sicher zum Ziele, wo aus der Anamnese das Vorliegen einer konstitutionellen Stimmungslabilität hervorgeht. Ja selbst der Verlauf dieser Krankheitsformen gibt uns nicht immer Aufschluß, weil auch darin Mischungen vorkommen: bei demselben Menschen heute endogene und morgen Verstimmungen aus äußerem Anlaß.

Soll man deshalb alle diese Krankheitszustände zu einer Gruppe vereinigen und auf spezielle Diagnosen innerhalb dieses Kreises ganz verzichten? Die Neigung dazu ist heute recht groß, und wenn wir ihr nicht entgegentreten, wird den organischen und den toxischen Psychosen bald nur noch eine einzige funktionelle gegenüber stehen: das manisch-depressive Irresein.

Um entscheiden zu können, wie weit sich dieses theoretisch und praktisch gleich bedenkliche Ergebnis etwa noch aufhalten läßt, werden wir einen Blick auf die geschichtliche Entwicklung zurückwerfen müssen.

Die ältere Psychiatrie unterschied die einfache Manie und Melancholie vom periodischen und zirkulären Irresein. Unter zirkulär verstand man dabei den endogen bedingten Wechsel von heiteren und traurigen Verstimmungen während des Einzellebens, und ebenso sollte das Wort periodisch nicht die bloße Wiederholung derselben Krankheitsform überhaupt, das Rezidiv, sondern die Wiederkehr aus inneren Ursachen bezeichnen. (Nebenbei bemerkt war der Name periodisch insofern recht unglücklich gewählt, als fast alle periodischen Krankheiten der Psychiatrie in mathematischem Sinne durchaus aperiodisch, d. h. in unregelmäßigen zeitlichen Intervallen auftreten (Mugdan). Ausnahmen bilden nur die fast noch normalen menstruellen Verstimmungen der Frauen sowie die gelegentlich bei Psychopathen beobachtete Tagesformel, die mit einer Depression am Morgen beginnt und mit Euphorie am Abend endet).

Kraepelin hat nun zunächst die Verwandtschaft aller manischen und melancholischen Formen hervorgehoben und zugleich betont, daß bei Betrachtung des ganzen Lebens die konstitutionelle Veranlagung, die Disposition zu beiden gegensätzlichen Verstimmungsarten so gut wie immer auch bei den Persönlichkeiten zutage träte, die bei oberflächlicher Beobachtung entweder nur eine einzige Manie oder eine einzige Melancholie durchmachten. So weit werden wir ihm ohne weiteres folgen dürfen, wenn wir nur festhalten, daß eine einmalige, ausgesprochene Erkrankung der erwähnten Art eine zweite nicht notwendig nach sich zu ziehen braucht.

Ebenso bedeutete es einen großen Fortschritt, als Kraepelin und seine Schüler uns die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins, die der zyklothymen Verstimmungen, kennen lehrten. Gerade dadurch ist freilich das Gesamtgebiet der Gemütskrankheiten außerordentlich ausgedehnt worden, aber es besteht kein Zweifel, daß diese Grenzberichtigung notwendig war. Zwischen schweren zirkulären und leichten zyklothymen Fällen bestehen lediglich graduelle Unterschiede, und selbst dieser quantitative Maßstab versagt oft bei Betrachtung eines ganzen Lebens. Im allgemeinen kann man wohl zwei Typen auseinanderhalten: auf der einen Seite Menschen, die ein oder mehrere Male im Leben an verhältnismäßig schweren Manien oder Melancholien erkranken, in der Zwischenzeit aber so gut wie ganz gesund sind; und auf der anderen

zyklothyme Persönlichkeiten, deren gemütliches Gleichgewicht sich von der Normallage niemals weit entfernt, sie jedoch auch nur vorübergehend oder gar nicht erreicht. Aber diese Typen ergeben sich nur bei der Durchsicht eines großen Krankenmaterials; den Verlauf im Einzelfall für die Zukunft vorhersehen können wir auch da nicht, wo das bisherige Leben die Zugehörigkeit zu der einen oder der anderen Kategorie schon mit einer gewissen Deutlichkeit erwiesen zu haben scheint. Ebenso ist der Versuch von Reiss, die verschiedenen endogenen Depressionszustände und die zirkulären Geistesstörungen nach der individuellen gemütlichen Veranlagung und deren Beziehungen zu Verlauf und Eigenart der Psychosen in einzelne Gruppen zu sondern, gescheitert; „anstatt daß es gelungen wäre, eine Anzahl klarer, scharf umschriebener und wohl abgegrenzter Krankheitsformen herauszuschälen, trat nur der nahe Zusammenhang aller dieser so viel gestaltigen Symptombilder um so deutlicher zutage. Eine völlig lückenlose Kette führt von den einfachen reaktiven Verstimmungen der konstitutionell Depressiven einmal zu den hysterischen Psychosen und nach der anderen Seite zu den periodischen und zirkulären Erkrankungen.“

Aber selbst dabei ist es noch nicht geblieben — und hier sollte nach unserer Auffassung die Kritik der weiteren Entwicklung ein Halt entgegensetzen. Diese Entwicklung hat übersehen, daß eine gewisse Verwandtschaft alle funktionellen Psychosen verbindet, und daß der Nachweis von Übergängen, Mischungen und Ähnlichkeiten die Vereinigung zu einer Krankheit noch nicht rechtfertigt. Eine funktionelle Geisteskrankheit — das ist doch immer nur ein Typus, der sich bei Betrachtung vieler Fälle aus dem großen klinischen Formenkreis heraushebt. Diese Typen aber werden wir möglichst rein erhalten müssen.

Das übersieht meines Erachtens Specht, wenn er den Querulantenwahn zum manisch-depressiven Irresein rechnen will. Es ist richtig, daß zwischen beiden Krankheiten psychologische Beziehungen bestehen, und daß auch der Querulantenwahn gelegentlich in Schüben, wenn man also will, periodisch verläuft. Aber beide Kreise berühren sich eben — sowohl psychologisch wie klinisch — nur an der Peripherie oder höchstens schneiden sie sich, und so ist bei diesem oder jenem Fall eine Differentialdiagnose wirklich nicht möglich. Der Typus aber, das durchschnittliche Bild, verhält sich bei beiden Krankheiten durchaus verschieden.

Ganz ähnlich muß wohl der Versuch von Specht, Dreyfuß und Kraepelin beurteilt werden, auch die Involutionsmelancholie im manisch-depressiven Irresein aufgehen zu lassen. Wieder gibt es Fälle, die das zu rechtfertigen scheinen, aber auch sie sind nicht typisch, und bei Betrachtung aller Beobachtungen heben sich die klimakterischen Erkrankungen als etwas Besonderes heraus (vgl. darüber den speziellen Teil).

Vollends unzulässig erscheint uns die neuerdings vertretene Auffassung (Stöcker): nahezu alle Zwangsvorstellungskranken gehörten hierher. Freilich der Verlauf spricht häufig dafür, denn gewöhnlich kommen und gehen diese Störungen aus rein endogener Veranlassung, und nicht selten finden wir sie auch wirklich bei echten Manisch-depressiven; aber die Symptomatologie der meisten Fälle ist von den manisch-depressiven Zuständen nach unserer

Auffassung [1]) so grundsätzlich verschieden, daß doch die Frage aufgeworfen werden muß, welche Bedeutung das endogene Auftreten, der periodische Verlauf für klinische Unterscheidungen denn überhaupt besitzt.

Periodizität.

Bei der Beurteilung dieser klinisch eminent wichtigen Frage wird man die Tatsache nicht aus dem Auge verlieren dürfen, daß das Periodische an sich eine normale Eigenschaft der menschlichen Psyche darstellt. Zum mindesten jeder geistige Arbeiter kennt Schwankungen seines seelischen Gleichgewichts, sieht Zeiten erhöhter Leistungsfähigkeit und heiterer Gemütslage mit anderen abwechseln, in denen die Schaffensfreude darniederliegt und die gesamte Lebensauffassung trüber wird. Möbius hat eine solche Periodizität z. B. im Leben Goethes nachgewiesen. Wollten wir Goethe deshalb für krank halten, so würden wir in jenen Fehler einer unzulässigen Verallgemeinerung verfallen, den die Laien bei uns Psychiatern doch glücklicherweise zu Unrecht voraussetzen. Zudem handelt es sich bei der Periodizität vieler „Gesunder" gar nicht immer um Schwankungen des gemütlichen Befindens oder überhaupt um Eigenschaften, die sich ohne allzu grobe Gewalt noch ins manisch-depressive Irresein einordnen ließen. Wer sich in seiner näheren Umgebung umsieht, wird finden, daß nicht bloß Fleiß und Trägheit, Freudigkeit und Unlust, Liebenswürdigkeit und mürrisches Wesen, sondern auch Schüchternheit, Geiz, Ehrgeiz, Empfindlichkeit, Frömmigkeit — um wahllos einiges herauszugreifen — ebenso periodisch schwanken. Natürlich hängt das alles mit Gefühlen zusammen, aber wenn man daraus schon eine Beziehung zum manisch-depressiven Irresein ableiten will, so werden wir die Begriffe Mensch und manisch-depressiv ziemlich gleichsetzen dürfen.

Gehen wir aber davon aus, daß ein gewisser Wechsel in der Intensität des geistigen Lebens auch dem gesunden Menschen eigentümlich ist, so werden wir in dem endogenen Auftreten von ausgesprochenen Krankheiten nichts erblicken als eine allgemeine pathologische Reaktionsform, deren Nachweis spezielle klinische Schlüsse noch nicht zuläßt. Die konstitutionelle Nervosität, die Hysterie, kurz alles, was endogen entsteht, verläuft so, und selbst bei Imbezillen sehen wir episodische Psychosen so häufig, daß die Lehre der älteren Psychiatrie von den „Imbezillitätspsychosen" natürlicher erscheint als der heute gemachte Versuch, diese Störungen auf eine „Komplikation" des Grundleidens mit einer zweiten, periodischen Erkrankung zurückzuführen. Ein periodisches An- und Abschwellen von Erregungszuständen und zuweilen sogar einen ausgesprochenen „zirkulären" Wechsel von Manie- und Melancholie-ähnlichen Zuständen beobachten wir endlich sogar bei der Dementia praecox, und auch diese Beobachtungen werden wir mit den gemütlichen Schwankungen des Gesunden um so eher in Beziehung bringen

[1]) Stöckers abweichende Meinung erklärt sich u. E. aus der grundsätzlichen Verwandschaft aller endogenen Störungen. Analysiert man Manisch-depressive, Zwangsvorstellungskranke, Hysterische oder konstitutionell Nervöse irgendwelcher Färbung, so wird man schließlich auf Mechanismen stoßen, die bei jedem gesunden Menschen wenigstens angedeutet sind; da ist es denn kein Wunder, daß sich Ähnlichkeiten herausstellen, wie sie die verschiedenen Kinder derselben Eltern ja auch stets erkennen lassen.



dürfen, als die häufigste Form, in der die Periodizität bei Schizophrenen auftritt, wieder die menstruelle Erregung darstellt.

So haben wir gar keinen Grund, alles, was endogen entsteht, oder auch nur das, was einem periodischen Wechsel unterworfen ist, ausnahmslos dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen. Die Prognose allerdings wird bei allen endogenen Zuständen mit der Möglichkeit eines Rezidivs zu rechnen haben; die Diagnose aber wird diese Zustände soweit voneinander zu scheiden suchen müssen, als — das sei auch hier noch einmal betont — die Verwandtschaft aller funktionellen Krankheiten das zuläßt.

V. Störungen des Wollens und Handelns.

Die Laien sind geneigt, in allen menschlichen Handlungen das Ergebnis rein verstandesmäßiger Überlegungen zu sehen, und selbst eine bestimmte Richtung der Psychologie hat eine Zeit lang geglaubt, jede Tat aus dem Spiel der Assoziationen erklären zu können, das ihr vorausgegangen ist. Wäre das richtig, so würden wir von Störungen des Handelns nicht mehr zu sprechen und anstatt dessen einfach auf die Abschnitte zu verweisen brauchen, in denen die krankhaften Veränderungen des Gedankenablaufs und des Gedankeninhalts oder die pathologischen Voraussetzungen des Denkens (Sinnestäuschungen, Gedächtnisstörungen, Gefühlsanomalien) erörtert worden sind.

In Wirklichkeit gibt es jedoch außer dem Handeln aus pathologischen Voraussetzungen krankhafte Veränderungen nicht bloß des Handelns im engeren — physiologischen — sondern auch des Wollens im psychologischen Sinn. Als Beispiele der ersten Störung können die Aphasie und die Apraxie dienen, die, wenn man will, überhaupt nicht als „psychische" Störungen aufgefaßt zu werden brauchen. Die Annahme der zweiten beweisen mannigfache Äußerungen geisteskranker Menschen, bei denen ganz offenbar nicht bloß der Entwurf und die Ausführung einer gewollten Handlung sondern der Willensakt selbst verändert ist. Auch sie hat freilich die ältere Psychiatrie aus abnormen Vorstellungen und krankhaften Gefühlen abzuleiten und so bekanntlich selbst die auffallendsten Erscheinungen der Katatonie zu erklären versucht. Aber der Versuch ist mißlungen, und heute müssen wir, gleichviel wie wir über eine Psychologie des Wollens denken, das jedenfalls zugeben, daß bei Geisteskranken (auch außerhalb des Gebiets der Aphasie und Apraxie) zahlreiche Handlungen vorkommen, die wir anders als durch die Annahme einer primären Erkrankung des Willens bisher nicht verstehen können. Ob auch sie sich einmal hirnphysiologisch erklären lassen werden, ist eine andere Frage.

Übrigens ist zuzugeben, daß sich primäre und sekundäre Störungen des Handelns nicht immer streng trennen lassen, und der folgende Abschnitt wird deshalb notwendig verschiedenartige Teile zusammenschließen müssen. Auch Wiederholungen werden sich nicht ganz vermeiden lassen, denn die Beziehungen des Willens namentlich zum Gefühlsleben sind zu verwickelt, als daß nicht bei Behandlung des einen Themas auf das andere zurückgegriffen werden müßte. (Die Willensschwäche bei den organischen Krankheiten, die z. B. dem Bild der progressiven Paralyse einen charakteristischen Stempel aufdrückt, ist im Abschnitte „Demenz" behandelt worden).

Willensschwäche. Reizbare Schwäche. Angeborene Nervosität und erworbene Neurasthenie.

Schon der gesunde Mensch kennt Schwankungen seiner Willenserregbarkeit und weiß, daß Entschlüsse in völliger geistiger Frische nicht nur leichter gefaßt, sondern auch leichter ausgeführt werden als in der Ermüdung oder in der Erschöpfung. Auch eine leichte Form gesteigerter Erregbarkeit, die auf dem Wegfall von Hemmungen beruht, ist den meisten Menschen geläufig. Jeden hat einmal das Handeln überrumpelt, um nachher Reue zu hinterlassen. Die Beobachtung des täglichen Lebens zeigt weiter, daß — wie überall in der Psychologie — auch hinsichtlich der Willensleistungen große individuelle Unterschiede vorkommen; es gibt tätige und phlegmatische Menschen und solche von raschen und von langsamen Entschlüssen; der eine ist leicht entflammbar und sehr aktiv, erlahmt aber bald in seinen Unternehmungen, der andere ist zäh und verfolgt ein einmal ins Auge gefaßtes Ziel mit eisernem Fleiß.

Alle diese normalen Spielarten zeigen sich bei Psychopathen in vergröberter Form; es gibt eine krankhafte Willenserregbarkeit bei nervös Disponierten ebensowohl wie eine pathologische Entschlußunfähigkeit, die als völlige Abulie übrigens häufig auch bei psychogenen Zuständen beobachtet wird. Wichtiger als diese Formen ist jedoch die abnorme Ermüdbarkeit, die gelegentlich selbst begabten Menschen die Erreichung ihres Lebenszieles erschwert. Auf diese Störung werden wir etwas näher eingehen müssen.

Es gibt Menschen, die theoretisch zu den größten Hoffnungen berechtigen und die nur dieses Mangels wegen praktisch immer wieder versagen. Von den Debilen, die infolge einer falschen Diagnose hierher gerechnet werden, unterscheiden sich diese Insuffizienten dadurch, daß sie intellektuell vollwertig sind, — wenn man nämlich unter Intelligenz etwas Potentielles versteht und die Leistungsunfähigkeit begabter, aber ermüdbarer Menschen aus dem Begriff der Demenz ausscheidet.

Es ist klar, daß sich die Störung in der Sprechstunde bei experimenteller Prüfung nicht feststellen läßt, und auch im Krankenhaus und im Sanatorium wird sie nicht deutlich werden. Leider sind aber auch die subjektiven Angaben der Patienten, soweit sie sich nicht auf ihre Lebensschicksale beziehen, meist nicht brauchbar, weil konstitutionell Nervöse ebenso wie echte Neurastheniker eine Insuffizienz viel häufiger fühlen und deshalb behaupten, als sie tatsächlich daran leiden.

Um so deutlicher kommt die Störung bei lang fortgesetzter Beobachtung zum Ausdruck. Schon Kinder läßt sie unter den gewöhnlichen Anforderungen der Schule zusammenbrechen; nach immer kürzerer Arbeitsleistung werden sie müde, unaufmerksam, reizbar und weinerlich, und ihre Leistungen versagen in immer schnellerem Tempo. Noch schlimmer ist es, wenn zu diesem Mangel eine übertriebene Pedanterie hinzutritt, die die Arbeit durch alle möglichen Skrupel erschwert. Recht unerfreulich ist sodann die Mischung der Insuffizienz mit lebhafter Phantasie oder mit starker Kritik. Das ist die Formel der Menschen, die alles wollen und nichts können oder die alles bekritteln und besser wissen, aber außerstande sind, irgend etwas besser zu machen. Manches verkannte Genie und viele Leute, die „ihren Beruf verfehlt" haben, gehören hierher.

Übrigens lernen es manche Psychopathen verhältnismäßig früh, sich mit ihrer Ermüdbarkeit abzufinden und ihre Ansprüche an das Leben entspre-

chend herabzuschrauben. Diese können im kleinen Kreise noch Leidliches leisten und sie versagen erst, wenn das Maß ihrer Leistungsfähigkeit durch besondere Umstände (Erkrankung von Kollegen, geschäftliche Schwierigkeiten, häusliches Mißgeschick) überschritten oder durch körperliche Krankheiten noch weiter herabgesetzt wird.

Zum Arzt kommen die „Insuffizienten" meist mit recht gleichförmigen Klagen: sie lesen einen Brief, einen Akt oder addieren eine Zahlenreihe immer wieder, ohne von der Stelle zu kommen; bald haben sie das Gefühl, als ob ihr Denken still stände, als ob sich ein „Schleier über das Gehirn" legte oder ein „Brett vor dem Kopf wäre"; oder aber die Gedanken beginnen sich zu jagen, Bild reiht sich an Bild, und wieder geben die Patienten schließlich mit einem schwindeligen Gefühl die Arbeit ganz auf.

Noch häufiger als diese Fälle sind andere, in denen mehr eine Scheu vor der Arbeit, ein Grauen insbesondere vor dem Anfangen als eine tatsächliche Insuffizienz besteht. Dadurch wird es möglich, daß so viele Psychopathen dann ihren Mann stellen, wenn etwas Besonderes von ihnen verlangt wird, und angesichts einer Aufgabe, die ihnen groß genug erscheint, sogar ungewöhnlich viel leisten. Sie geben das auch selbst zu, ziehen aber selten die Folgerung, sich für dauernd leistungsfähig zu halten. Das Gefühl der Insuffizienz bleibt ihnen, und so vermeiden sie größere Aufgaben und schwierige Situationen und begnügen sich wiederum mit einem bescheidenen Platz im Leben, wenn auch oft mit der peinlichen Empfindung, von weniger intelligenten Menschen überflügelt worden zu sein.

Wir sind neuerdings bemüht, diese Formen einer angeborenen Willensschwäche von der erworbenen Neurasthenie, der echten nervösen Erschöpfung, so scharf wie möglich zu trennen. Der Versuch wird immer nur teilweise gelingen, denn gerade hier durchflechten sich endogene und exogene Momente sehr innig. Gewiß können auch vollwertige Menschen unter dem Einfluß besonderer (namentlich gemütlicher) Schädlichkeiten nervös zusammenbrechen, aber diese Fälle einer rein exogenen Neurasthenie sind zweifellos viel seltener als die anderen, die einer angeborenen Anlage zufolge schon den gewöhnlichen Reizen des Lebens erliegen. Vielleicht am häufigsten sind Übergangsformen, in denen sich äußere und innere Ursachen in irgend einer Verteilung vermischen. Deshalb ist die Diagnose der erworbenen Neurasthenie der endogenen Nervosität gegenüber im einzelnen Falle recht schwer, wenn die Krankheit als Typus auch gewisse charakteristische Merkmale zeigt.

Man hat seit Beard die Besonderheit der Neurasthenie durch das Schlagwort der „reizbaren Schwäche" auszudrücken versucht. Von der Reizbarkeit dieser Kranken ist in dem vorstehenden Abschnitt, bei Erörterung der pathologischen Gefühle, schon die Rede gewesen. Sie bezieht sich jedoch nicht bloß auf diese Bereitschaft zu gewissen Unlustaffekten, sondern eben so sehr auf das, was man heute mit Lamprecht „Reizsamkeit" nennt: auf die Neigung zu maximalen, aber kurz dauernden Willensleistungen, denen dann eine starke Ermüdung zu folgen pflegt. Insofern wird das Wesen der Neurasthenie wohl am besten dadurch verständlich, daß man ihre Erscheinungen aus der jedem geistigen Arbeiter geläufigen normalen Abspannung abzuleiten versucht. Auch bei dieser geht der völligen Erschöpfung fast immer ein Zustand voraus, in dem man nicht mehr aufhören kann, am liebsten drei Dinge zu gleicher Zeit erledigt

und doch immer das Gefühl behält, nicht fertig zu werden. Werden diese Warnungssignale nicht beachtet, so kommt es zum wirklichen Zusammenbruch, und zwar am häufigsten da, wo gewisse Schädlichkeiten wie Schlafentziehung, geistige und namentlich gemütliche Anstrengungen (Krieg, Examen, Krankenpflege bei Verwandten), schnelle Geburtenfolge, Influenza, Typhus, Alkoholmißbrauch durch lange Zeit fortgewirkt haben.

Symptomatologisch tritt bei der Neurasthenie noch deutlicher als bei den geborenen Psychopathen die Fähigkeit zutage, sich für kurze Zeit aufzuraffen und dann wirklich Gutes zu leisten; nur wenn hypochondrische Auffassungen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, gelingt es oft durch keinerlei Mittel, die Patienten aus ihrer Untätigkeit, die auch hier bis zur Abulie gehen kann, herauszureißen. Zweifellos häufiger als bei der konstitutionellen Nervosität ist sodann das Unvermögen, die Ausdrucksbewegungen zu beherrschen. Das Zupfen an den Nägeln freilich oder an den Fingern sonst, das Kratzen im Gesicht, das Zusammenfahren bei leichten Geräuschen, das unruhige Aufspringen bei kleinem oder ohne verständlichen Anlaß, das Hin- und Herrennen im Zimmer und eine hastige, sich überstürzende Sprache sprechen mehr für Psychopathie. Wenn aber die Selbstbeherrschung weniger diesem Teil der Motilität als dem eigenen Mienenspiel gegenüber versagt und eine dem Kranken selbst lästige Rührseligkeit häufige Weinausbrüche veranlaßt, so ist zum mindesten die Mitwirkung irgendwelcher äußerer Schädlichkeiten bei der Entstehung der Krankheit als wahrscheinlich anzunehmen[1]).

Kaum erwähnt zu werden braucht endlich, daß das System von Hemmungen, dem der Kulturmensch seine „eiserne" Ruhe auch in schwierigen äußeren Lagen verdankt, noch häufiger als durch neurasthenische Erschöpfung durch organische Krankheiten zerstört wird. Man wird deshalb überall, wo mangelnde Selbstbeherrschung zunächst an eine Neurasthenie denken läßt, mit besonderer Sorgfalt auf die Anzeichen einer progressiven Paralyse oder einer Arteriosklerose z. B. fahnden müssen.

Manische Erregung und depressive Hemmung.

Wir haben diese beiden gegensätzlichen Störungen bei der Erörterung des Gedankenablaufs schon kennen gelernt und damals gesehen, daß die psychomotorische Erregung mit einer heiteren und die Hemmung mit einer traurigen Stimmungslage sehr innig verkuppelt zu sein scheint. Aber auch Ausnahmen sind uns damals schon begegnet, und wir werden jetzt deren noch mehr kennen lernen.

Hemmung.

Dem Verständnis des Gesunden wohl am nächsten steht die Hemmung, die wir bei traurig verstimmten Kranken beobachten. Sie äußert sich in der leisen monotonen Stimme ebenso wie in der müden, unfreien Haltung und in den langsamen, unausgiebigen Bewegungen. Melancholische Kranke sind karg mit Worten und bleiben am liebsten ungestört und sie vermeiden jede

[1]) Dasselbe gilt, wenn die Untersuchung der galvanischen Licht- und Reflexempfindlichkeit der Netzhaut eine abnorm große Verschiedenheit der Reizschwellen ergibt (vgl. Kap. IX).



Bewegung wie jeden Entschluß. So kommt es in den schwersten Fällen zu einem Stupor, d. h. zu einem Zustand völliger Bewegungslosigkeit und prinzipiellen Nichtreagierens. Die Kranken rühren sich nicht, auch wenn ihnen schmerzhafte Reize zugefügt werden, und sie bewegen in ihrem gleichmäßig traurigen Gesicht keinen Muskel, wenn man ihnen wichtige Ereignisse mitteilt; sie essen nicht, auch da, wo die Absicht des Verhungerns nicht vorliegt, und müssen selbst zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse erst von anderen angehalten werden. Zumeist besteht in diesen Zuständen ein mäßiger Grad von Bewußtseinstrübung, und gelegentlich finden sich in ihnen Andeutungen von Flexibilitas cerea und Echopraxie [1]).

Am anderen Ende der Reihe stehen die leichteren Depressionen, deren Hemmung nur der Kundige zu erkennen vermag, und die allerleichtesten, in denen sie nur die Kranken selbst noch empfinden. Sie klagen dann, außer über ihr „schlechtes" Gedächtnis und ihr ungenügendes Vorstellungsvermögen (vgl. S. 86), über mangelnde Entschlußfähigkeit und über die Schwierigkeiten, die sie bei der Ausführung jeder Arbeit zu überwinden haben. Wohl können sie sich zuweilen noch soweit aufraffen, daß die Umgebung von dem ganzen Zustand nichts merkt, aber alles geschieht unter dem subjektiven Gefühl der Erschwerung. Am besten gelingt solchen Kranken noch die altgewohnte, „eingeschliffene" Arbeit, wie eine regelmäßige Bürotätigkeit z. B., und am schwersten geschädigt sind die, von denen der Beruf stündlich eine frische Entschlußfähigkeit verlangt, Offiziere also, Ärzte, Großkaufleute usf.

Erreicht die Störung schwerere Grade, so fallen die Kranken ihren Angehörigen und Amtsgenossen bald auf; Akten bleiben liegen, Briefe unbeantwortet, das Geschäft verkommt, der Haushalt wird nicht besorgt. Schon das Aufstehen ist erschwert oder unmöglich, und manche Patienten bleiben tatsächlich der Hemmung wegen dauernd im Bett. Kraepelin berichtet von einer Dame, die sich schon des Morgens anzog, um einen Besuch zu machen, und am Nachmittag immer noch angezogen zu Hause saß. Überall sehen die Kranken Berge vor sich, die sie nicht überwinden können, falls die Hemmung nicht überhaupt so weit geht, daß sie schließlich über die eigenen inneren Schwierigkeiten gar nicht mehr nachdenken, sondern nur noch stundenlang in eine Ecke starren. Gerade die Hemmung verhindert übrigens auch einsichtige Patienten häufig, den Arzt aufzusuchen, genau so wie sie glücklicherweise uneinsichtige vor dem Selbstmord bewahrt.

Manische Erregung.

Das Gegenstück, die manische Erregung, ist dem Gesunden weniger bekannt. Ihr Vorkommen beweist uns, daß gewisse Hemmungen als normal gelten müssen; sie werden im Leben durch die Erziehung und eigene Gewöhnung erworben; dem einen gelingt es besser, dem anderen schlechter, sich, wie man sagt, in der Gewalt zu haben. Jeder kennt einen Zustand, in dem diese Hemmungen fortfallen, — ein Zustand, der freilich nicht mehr normal, sondern schon krankhaft ist, — den Rausch. Hier ist (im ersten Stadium) die motorische Erregbarkeit gesteigert, alle motorischen Antriebe (einschließlich der sprachlichen) werden unmittelbar in die Tat umgesetzt, und das Ergebnis sind bekanntlich

[1]) Über die Differentialdiagnose des Stupors s. S. 244.

nicht bloß die harmlosen turnerischen Leistungen, die Betrunkene nachts auf der Straße vollbringen, sondern leider auch Gewalttaten, Beleidigungen u. dgl.

Die *manische Erregung* ist der alkoholischen so ähnlich, daß manische Personen von Laien häufig für betrunken gehalten werden. Der Unterschied, der dabei übersehen wird, liegt in der leichten Bewußtseinstrübung, die die Alkoholvergiftung nach sich zieht und die wenigstens in den leichteren Fällen der manischen Erregung vermißt wird.

Abb. 3. Manie.

Diese leichten Formen kommen habituell vor und sehr häufig werden sie dann nicht für krankhaft gehalten. In der Tat kann ein gewisser Wegfall von Hemmungen die soziale Leistungsfähigkeit steigern, und erst bei etwas stärkeren Graden der motorischen Erregung pflegt die entwickelte Kraft den Patienten nicht zu fördern, sondern zu schädigen. Manische Patienten zeichnet vor allem ein lebhafter *Betätigungsdrang* aus; wie sie viel reden, so handeln sie auch gern, und sehr bald genügt ihnen ihre gewohnte Beschäftigung nicht mehr. So entfalten sie eine ausgesprochene Polypragmasie, schaffen sich hundert neue Dinge an, mischen sich überall, auch in die intimsten Familienangelegenheiten anderer, hinein, wollen für fremde Leute Prozesse führen oder ihnen sonst raten, schreiben Briefe über Briefe, laufen von Haus zu Haus, reden unaufhörlich, suchen eine Vergnügung nach der anderen auf, reisen, stürzen sich in geschäftliche Unternehmungen, die sie nicht durchführen können usf. „Im ersten Stadium stelle ich meine Möbel um," schreibt mir ein Periodiker, „im zweiten verfasse ich Briefe an alle Welt, Artikel für die Zeitung etc., und im dritten reise ich — bis man mich einsperrt". Vorher gibt es übrigens noch ein viertes, in dem er sich in Bordellen herumtreibt, Skandal macht, sich betrinkt. In den leichtesten Fällen können solche Kranke als angenehme, liebenswürdige und unterhaltende Gesellschafter auftreten; eine geringe Steigerung

der Erregbarkeit aber genügt, um sie taktlos und ausfallend werden zu lassen. Die Erleichterung aller motorischen Antriebe führt hier wie beim Rausch außer zu Gewalttaten auch zu gelegentlichen sexuellen Angriffen; denn auch die Libido ist regelmäßig gesteigert.

Die höchsten Grade der manischen Erregung hat man früher (wie Möbius meint, mit einem unpassenden Wärterausdruck) als Tobsucht bezeichnet. Die Bewegungsantriebe überstürzen sich so, daß der Beobachter selbst die nächsten, unmittelbaren Absichten des Kranken nicht mehr zu erkennen vermag. Die Patienten rennen unaufhörlich auf und ab, greifen hierhin und dorthin, tanzen und springen, genau so wie sie in „ideenflüchtiger Verwirrtheit" scheinbar zusammenhanglos reden. Sehr auffallend ist bei alledem das Fehlen des Ermüdungsgefühls, das es auch bei maximalster motorischer Leistung zu einem natürlichen Schlaf nicht kommen läßt; dadurch wird es unmöglich, eine manische Erregung vorzutäuschen, zu simulieren.

In den allerschwersten Fällen scheint die schnelle Folge der Bewegungsantriebe in scheinbar paradoxer Weise zu einer gewissen Bewegungsarmut zu führen. Jede intendierte Bewegung wird vor ihrer Vollendung durch einen neuen Impuls wieder verdrängt, und nur kurze, hastige Bewegungsstöße zeugen noch von der inneren Unruhe des Kranken. Dieser Zustand, der dem der früher besprochenen ideenflüchtigen Denkhemmung innig verwandt ist, zeigt sich am deutlichsten, wenn man derartige Patienten ins Bad setzt, in dem sie gewöhnlich eben deshalb leicht bleiben, weil der Antrieb, es zu verlassen, nicht mehr zur Ausführung kommt. Oft hat man übrigens den Eindruck, als ob manische Kranke unter der Häufung der Willensantriebe auch subjektiv litten. Ihre Bewegungen haben dann etwas Zwangsmäßiges, und gelegentlich hört man auch wohl nachher, daß diese fortwährende innere Unruhe störend empfunden worden wäre.

Mit der früher besprochenen Ablenkbarkeit des manischen Denkens hängt zusammen, daß die Patienten in ruhiger Umgebung weniger erregt zu sein pflegen als unter ungünstigen äußeren Bedingungen. Im ganzen sind manische Patienten in der Anstalt sehr leicht zu behandeln, lenksam, liebenswürdig und selten gewalttätig. Wo sie aber gereizt werden, und sei es auch nur durch einen sehr notwendigen Widerspruch, wird nicht nur ihre Stimmung zornig erregt, sondern nimmt auch die Bewegungsunruhe zu.

Auch mit der manischen Erregung finden wir gelegentlich Echopraxie, Echolalie und Flexibilitas cerea verbunden (die Differentialdiagnose der Dementia praecox gegenüber soll unten besprochen werden).

Mischzustände.

Nun wurde schon erwähnt, daß die Lehre, nach der Euphorie und Erregung und Depression und Hemmung unlöslich miteinander verknüpft sind, in den letzten Jahren gewisse Einschränkungen erfahren hat. Kraepelin und seinem Schüler Weygandt verdanken wir den Nachweis der sogenannten manisch-depressiven Mischzustände, bei denen sich die drei Grundsymptome der zirkulären Formen, die gemütliche Verstimmung, die psychomotorische und die Denkstörung aus ihrer gewöhnlichen Verbindung lösen und anscheinend jede überhaupt denkbare Gruppierung eingehen können.

Schon daß es agitierte Melancholien gibt, stimmt nicht mit den scheinbar innigen psychologischen Beziehungen überein, die zwischen depressiver Stimmung und psychomotorischer und Denkhemmung ebenso bestehen wie zwischen Euphorie, Ideenflucht und Erregung. Depressive Kranke sind gar nicht selten aufgeregt, jammern laut und viel, klammern sich an andere an oder rennen unaufhörlich hin und her. Auch dieses Bild ist den meisten Menschen bis zu einem gewissen Grade verständlich, weil es in dem Verhalten der normalen Angst eine gewisse Analogie besitzt; mit der Lehre aber, daß Depression und Hemmung unlöslich aneinander gekettet sind, läßt es sich nicht vereinigen. Immerhin wäre hier noch die Erklärung möglich, daß die bloße Depression und die Angst als verschiedene psychologische Zustände eben auch verschiedene Wirkungen auf die Motilität entfalten können (Westphal, Kölpin). Die von Specht, Thalbitzer und Dreyfuß vertretene Anschauung, daß es sich dabei schon um einen wirklichen Mischzustand, um eine Verbindung positiver [1]) und negativer [2]) Symptome des manisch-depressiven Irreseins handelt, wird aber dadurch gestützt, daß sich gelegentlich mit der motorischen Erregung ausgesprochene Ideenflucht verbindet.

Noch zwingender ist der Beweis, der im Vorkommen des sog. manischen Stupors gelegen ist. Hierbei sind die Kranken heiter verstimmt, aber zugleich gehemmt, und zwar gewöhnlich in bezug auf ihr Denken sowohl wie hinsichtlich ihrer Bewegungen; sie liegen still im Bett, bewegen sich langsam, entschließen sich schwer, und bei der Unterhaltung wird eine mehr oder minder erhebliche Verlangsamung ihres Gedankenganges deutlich.

Bei einer Abart dieses Zustandes tritt an die Stelle der Denkhemmung die Ideenflucht, so daß jetzt aus dem Bilde der Manie nur die motorische Unruhe herausgenommen und durch motorische Hemmung ersetzt ist. Da an dieser gewöhnlich auch die Sprache teilnimmt, so läßt sich die Ideenflucht selten direkt erkennen; erst später geben die Kranken an, ihre Gedanken hätten einander gejagt, und sie selbst hätten sich in all den wechselnden Bildern gar nicht zurechtfinden können.

Sehr selten endlich scheint die entgegengesetzte Mischung von Denkhemmung mit motorischer Unruhe zu sein; immerhin sind die beiden möglichen Formen, von denen die eine mit Angst, die andere mit Euphorie einhergeht, beschrieben worden.

Katatone Willensstörungen.

Von den manisch-depressiven Störungen des Willens grundsätzlich verschieden sind diejenigen, die man heute als katatone Krankheitszeichen zusammenfaßt. Bei der Hemmung sowohl wie bei der manischen Erregung wäre, wie wir gesehen haben, eine Ableitung aus der gemütlichen Verstimmung immerhin noch möglich; die katatonen Symptome müssen — und zwar wohl nicht bloß vorläufig — auf eine Erkrankung des Willens [3]) selbst bzw. des Handelns zurückgeführt werden.

[1]) Ideenflucht, Erregung, Euphorie.

[2]) Denkhemmung, motorische Hemmung, traurige Verstimmung.

[3]) Daß sie möglicherweise auf der Unfähigkeit beruhen, Willensimpulse auszuführen, und daß sie wahrscheinlich organisch bedingt sind, enthält gegen diese Auffassung m. E. keinen Widerspruch. Ob es einen „Willen“ gibt, der von den anato-

Katatone Erregung.

Eine mehr äußere Ähnlichkeit mit dem manisch-depressiven Irresein besteht darin, daß auch bei der Dementia praecox Zustände gesteigerter und herabgesetzter motorischer Erregbarkeit vorkommen. Auch hier beobachten wir langdauernde und heftige Erregungen, deren Stärke höchstens noch von manchen epileptischen übertroffen wird. Die Kranken schreien, schlagen, spucken, beißen, zerreißen, was in ihre Hände kommt, laufen hin und her oder führen gewisse stereotype Bewegungen durch lange Zeit hindurch mit ungeminderter Heftigkeit aus. Im Gegensatz zu dem Verhalten der meisten manischen Kranken gelingt es dabei zumeist nicht, in einen normalen psychischen Rapport mit ihnen zu gelangen; ja die





Abb. 4. Katatonie mit depressiver Färbung.

Abb. 5. Katatonie mit paranoiden Auffassungen.

Unabhängigkeit von der Umgebung geht hier soweit, daß die Patienten häufig weiter toben, wenn sie sich selbst überlassen und durch äußere Einflüsse nicht mehr gereizt werden. Auf der anderen Seite trifft freilich für viele Fälle auch die Bemerkung Kleists zu, daß die Erregung zunimmt, sobald die Zahl und die Intensität der Reize wachsen, die den Kranken treffen. Aber auch dann machen diese motorischen Ausbrüche

---

misch-physiologischen Voraussetzungen des Handelns nicht abhängt und ihnen gewissermaßen übergeordnet ist, ist doch zum mindesten zweifelhaft. Wahrscheinlich erscheint uns psychologisch eben das als Wollen, was hirnphysiologisch als Handeln bezw. Handelnkönnen angesehen werden muß. Und noch wahrscheinlicher muß jede Störung in diesem physiologischen Mechanismus nach außen als Willensstörung imponieren.

den Eindruck einer ganz elementaren, psychologisch nicht motivierten Entladung, und während manische Patienten ihr Verhalten späterhin doch irgendwie zu erklären suchen — man hätte sie geärgert, sie hätten ihre Verlegung auf eine andere Abteilung erzwingen wollen oder sie wären so lustig gewesen — erhalten wir selbst von sonst einsichtigen Katatonikern höchstens die Angabe, sie hätten eben so handeln müssen bzw. nicht anders handeln können[1]). Diesem Fehlen einer psychologischen Begründung entspricht während der Erregung der Gesichtsausdruck, der, wenn er auch oft verzerrt ist, doch selten etwas von einer heiteren Verstimmung und bei näherem Zusehen auch von einer zornmütigen Gereiztheit gewöhnlich wenig verrät.



Abb. 6. Katatonie. Stereotypes Jammern.

Immerhin knüpfen manche Erregungszustände in der äußeren Gestaltung so sehr an Wutausbrüche oder an das ängstliche Jammern mancher melancholischer Patienten z. B. an, daß die ältere Psychiatrie hinter allen katatonischen Erregungen krankhafte Vorstellungen, Sinnestäuschungen u. dgl. gesucht hat. Das ist so sicher falsch: dagegen werden häufig die mimischen Äußerungen von ängstlichen Verstimmungen oder von paranoiden Auffassungen, die die Katatonie eingeleitet hatten, später in solchen elementaren und zumeist zugleich stereotypen Bewegungen fixiert, während der ursprüngliche Affekt mehr und mehr zurücktritt. Auf diese Weise kommt es dann häufig zu ganz verzerrten mimischen Ausdrucksformen: eine Kranke, die immer noch auf das Heftigste jammert und wehklagend schreit, grinst dazu, spuckt auf die Umgebung oder greift nach dem Geschlechtsteil des Arztes; ein Patient, der stundenlang mit übertriebenem Pathos und mit zum Himmel erhobenen Armen laut betet, masturbiert zwischendurch, ohne sein Gebet zu unterbrechen, schamlos mitten im Saal; und ein anderer, der mit voller Kraft auf seine Mitpatienten losprügelt, wimmert dazu fortgesetzt leise vor sich hin.

Während in diesen Fällen, ebenso wie bei dem häufigen Nachdertürdrängen der Katatoniker, trotz aller Steifheit und aller Bizarrerien doch immer noch ein gewisser Sinn, eine gewisse Planmäßigkeit in den Bewegungen gesucht

---

[1]) Daß die Kranken dagegen während der Akinese sagen: „Ich kann mich nicht bewegen“ oder „Ich weiß es nicht anfange“ (Kleist), ist doch wohl sehr selten. Ich selbst habe einen solchen Fall nach meiner Erinnerung noch nicht gesehen.

werden könnte, stehen andere athetotischen, choreatischen und Zwangsbewegungen, kurz den Äußerungen bestimmter grober Gehirnerkrankungen viel näher. Es ist das Verdienst von Kleist, darauf nachdrücklich hingewiesen zu haben. Die Kranken führen eigentümliche, drehende oder ruckweise Kopfbewegungen aus, rennen stundenlang mit dem Kopf gegen die Wand, verrenken die Finger, schleudern die Arme, heben den Rumpf nach Art des arc de cercle von der Unterlage, spucken unaufhörlich vor sich hin, spitzen in rhythmischer Wiederholung den Mund, stoßen allerhand unartikulierte oder doch sinnlose Laut- oder Silbenverbindungen aus.

Aus solchen Bewegungsstörungen setzen sich auch die meisten „katatonischen Anfälle“ zusammen, die in der Literatur gelegentlich erwähnt werden. Eine meiner Kranken wälzte sich stundenlang, ohne jede Rücksicht

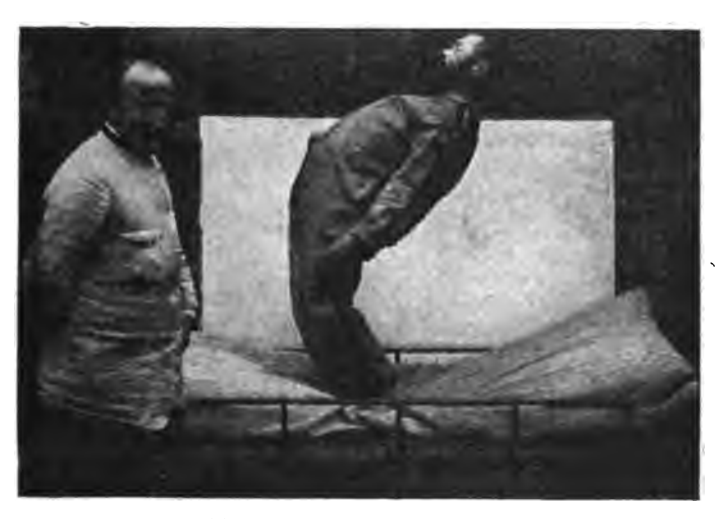


Abb. 7. Katatonischer Anfall.

auf etwaige Verletzungen, am Boden, unter den Tischen und Stühlen hindurch und drehte sich dabei sehr schnell um sich selber, so daß die Stellung der Füße und des Kopfes ständig wechselte. Andere führen rhythmische Arm- und Beinbewegungen aus, die zuweilen durch ihren übertriebenen pathetischen Charakter an hysterische Anfälle erinnern, häufig aber auch einen viel zwangsmäßigeren Charakter annehmen. Ein Freiburger Patient (vgl. Abb. 7) warf sich stundenlang im Bett herum, richtete sich auf, ließ sich im Bogen zurückfallen, so daß schließlich nur der Kopf und die Füße die Unterlage berührten; ein anderer schleuderte sich mit Armen und Beinen immer wieder hoch in die Luft, so daß er auf eine Matratze am Boden gelegt werden mußte, weil das Bett in Trümmer ging. Recht häufig sind auch hierbei klonische oder tonische Krämpfe in den Kau-, den Augenschließmuskeln und den Kopfdrehern.

Akinese, Sperrung.

Ebenso verständnislos wie diesen Erregungszuständen stehen wir ihrem Gegenstück, der Akinese oder, wie man wohl richtiger sagt, der motorischen Sperrung gegenüber. Wie früher erwähnt wurde (S. 140), hat Kraepelin den

Ausdruck Sperrung im Gegensatz zur Hemmung eingeführt, weil die katatonischen Bewegungen nicht einfach verlangsamt („gehemmt") sind, sondern durch Gegenantriebe, oder wie man diese Einflüsse nennen mag, unterbrochen, verhindert werden — so etwa wie man in der Fallmaschine das Gewicht bis zu einem bestimmten Moment aufhält („arretiert"). Der Begriff der Sperrung setzt also voraus, daß ihre Ursache jederzeit in Wegfall kommen und die Bewegung dann mit unverminderter Stärke stattfinden kann; wir werden gleich sehen, wie häufig das bei der Katatonie tatsächlich der Fall ist. (Nebenbei sei daran erinnert, daß ähnliche Unterbrechungen eingeleiteter Handlungen — und zwar hier immer bei starker plötzlicher Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit — auch bei Gesunden beobachtet werden. Es kann dann eine Übergangshaltung für mehr oder minder lange Zeit erstarren. Hierher gehört schon das „Stehenbleiben mit offenem Munde" bei überraschenden Ereignissen, es kommen aber auch ganz katatone Stellungen bei Gesunden vor, denen etwa beim Anziehen plötzlich etwas einfällt, was sie nun eine zeitlang intensiv innerlich beschäftigt).

Im einzelnen zeigt sich die Sperrung oft schon beim Handgeben. Die Kranken machen alle Anstalten dazu, aber sie bringen den Arm nicht vom Rumpf, jeder Impuls wird — und zwar auch wenn vorher keine Muskelspannungen in dem betr. Glied bestanden — durch einen Gegenantrieb aufgehalten, bis schließlich (wenn nicht Negativismus besteht) die Hand mit einem Ruck ausgestreckt wird. Ebenso verhalten sich manche Patienten beim Schreiben, die Feder wird immer wieder angesetzt, aber mehr geschieht trotz offenbaren Bestrebens nicht. Eine Kranke, die uns ein Kirchenlied aufsagen wollte, fing an: Ei....Ei....Ei....Ei....Ei.... — bis schließlich mit sichtbarer Anstrengung herauskam: Ein feste Burg ist unser Gott; dann folgte das ganze Gedicht ohne Mühe.

Hochgradige Sperrung kann äußerlich den Eindruck der „Ratlosigkeit" erzeugen, und hauptsächlich deshalb sind wohl früher verhältnismäßig viele Fälle von Schizophrenie als Amentia diagnostiziert worden. Kleist spricht in solchen Fällen von einer (negativistischen) „Unschlüssigkeit" und schildert sie wie folgt: „Die Kranken reagieren auf die an sie gerichteten Bewegungsaufforderungen und Denkaufgaben entweder gar nicht oder verspätet, dann aber unter den Zeichen des Zweifels, der Unsicherheit oder des Zauderns". Das Bild eines solchen Patienten, der mitten im Saal steht, als ob er nicht wüßte, ob er vor oder zurückgehen soll, sich unschlüssig umsieht, die Hand betrachtet, die er dem Arzt reichen, oder den Teller, von dem er essen soll, ist in der Tat außerordentlich charakteristisch, und der Gesichtsausdruck, der zu diesem Bild gehört, spricht allerdings für eine ängstlich-unsichere Affektlage. Wie weit diese tatsächlich besteht, wird sich jedoch gerade bei diesem Leiden schwer sagen lassen.

Dieser Gesichtsausdruck unterscheidet übrigens derartige Zustände von denen eines ausgesprochenen Stupors, in die sie sonst fließend übergehen. Hier reagieren die Kranken überhaupt nicht mehr, aber man merkt auch nichts von einer Absicht zu reagieren, und selbst schmerzhafte Reize ändern nichts an der vollen Ausdrucklosigkeit ihres Gesichtes und an der Unbeweglichkeit ihrer Glieder. Sie liegen schlaff, mit hypotonischen Muskeln, oder aber häufiger steif da, und zwar oft lange Zeit in unbequemster Lage; der Kopf bleibt in einer gewissen Entfernung vom Kopfkissen, die der Gesunde niemals dauernd ein-

halten könnte, die Zahnreihen sind gegeneinander gepreßt, die Lippen krampfhaft geschlossen, die Augen zugekniffen. Am Rumpf überwiegt die Spannung der Rücken-, an den Extremitäten die der Schulter- und Beckengürtelmuskeln (Kleist). Dabei können auch von außen veranlaßte mimische oder Reflexbewegungen erstarren: so die Beugung der Zehen nach Bestreichen der Fußsohle oder der schmerzlich-weinerliche Gesichtsausdruck nach mehrfachen Nadelstichen (Kleist). Andererseits gelingt es zuweilen durch passive Bewegungen vorhandene Muskelspannungen zu beseitigen.


Abb. 8. Katatonische Kopfhaltung.

Schließlich finden wir bei ausgedehnter Muskelstarre gewöhnlich noch gewisse charakteristische Sekundärerscheinungen: das Gesicht ist kongestioniert, der Puls beschleunigt, den Kranken bricht der Schweiß aus. Die Auslösung der Sehnenreflexe wird zuweilen durch die Spannungen bzw. durch die Hypotonie erschwert oder verhindert. ausnahmsweise ist Fußklonus beobachtet worden


Abb. 9, Katatonie. Erstarrter Gesichtsausdruck.

Der katatone Stupor[1]) kann jeden Moment durchbrochen werden. Ein Kranker, der unter Anwendung von schmerzhaften Reizen vor Stunden untersucht worden ist, versetzt unvermutet dem schuldigen Arzt eine Ohrfeige; ein anderer, der monatelang still dalag und mit der Sonde ernährt werden mußte, springt plötzlich auf und erschlägt seinen Nachbar. Und wie plötzliche Übergänge vorkommen, so gibt es auch Mischungen von Erregung und Sperrung. Sinnloses Schreien kann sich mit völliger Bewegungslosigkeit und heftigste motorische Erregung mit absoluter Stummheit verbinden.

Vermehrte und verminderte Beeinflußbarkeit.

Überhaupt ist einer der auffälligsten Züge der Katatonie in der Sprunghaftigkeit, der psychologisch unbegreiflichen Bizarrerie ihrer Symptome gegeben;

[1]) der, wie schon Wernicke hervorhob, gelegentlich in Zeitungen als monatelanger „Schlaf“ beschrieben wird.

jede Schilderung dieses Leidens muß sich in der fortwährenden Aufzählung von Widersprüchen erschöpfen. Die Krankheitszeichen, die zur Schaffung des Namens Katatonie (Spannungsirresein) Anlaß gegeben haben, verhalten sich darin genau so, wie die, die eben besprochen worden sind. Katatoniker sind oft stärker „beeinflußbar" als normale Menschen, aber ebenso häufig verhalten sie sich gerade umgekehrt, und nicht ganz selten finden wir eine vermehrte und verminderte Beeinflußbarkeit bei ein und demselben Kranken unmittelbar nacheinander oder sogar gleichzeitig. Dabei hat diese „Beeinflußbarkeit", auch da, wo sie gesteigert ist, mit der normalen (und der hysterisch gesteigerten) Suggestibilität offenbar gar nichts zu tun; sie berührt uns psychologisch ebenso unverständlich wie die sinnlose Erregung und die Akinese.

Flexibilitas cerea.

Was ihre Erscheinungsformen im einzelnen angeht, so zeigen namentlich stuporöse Kranke häufig eine wächserne Biegsamkeit ihrer Glieder, die Flexibilitas cerea. In den reinen Fällen verhalten sich die Glieder (bzw. die Muskeln) dabei wirklich ähnlich wie Wachs, das zwar jeder Biegung nachgibt, ihr aber doch einen gewissen Widerstand entgegensetzt. Passiv gegebene Stellungen werden beibehalten, Arme und Beine in der unmöglichsten Haltung belassen, der Kopf verdreht, die Augen geschlossen — alles bis zur physischen Unmöglichkeit, bis die Glieder allmählich von selbst herabfallen. Ein subjektives Ermüdungsgefühl scheint dabei nicht einzutreten. In anderen Fällen



Abb. 10. Flexibilitas cerea.

kommen die Kranken den Absichten des Untersuchers entgegen und nehmen die gewünschte Stellung nahezu spontan an („Pseudoflexibilitas" Wernicke). Bei ihnen läßt sich die Möglichkeit nicht ganz leicht ausschließen, daß sie glauben einer Anordnung des Arztes folgen zu müssen, sich also nicht eigentlich krankhaft verhalten. Deshalb ist es wichtig zu wissen, daß sich die der Flexibilitas cerea zugrunde liegende Störung, die Katalepsie, auch auf weniger grobe Weise demonstrieren läßt, als dadurch, daß man dem Kranken bizarre Stellungen erteilt. So schlägt Bleuler vor, beim Fühlen des Pulses die Hand des Patienten unauffällig etwas vom Bett zu erheben; sie wird dann nicht, wie beim Gesunden zurückfallen, sondern eine Zeit lang stehen bleiben. Übrigens ist bei echter Flexibilitas die „Zähflüssigkeit" der Bewegungen von dem Verhalten gewollter Leistungen fast immer leicht zu unterscheiden. — Die Flexibilitas cerea ist am häufigsten an den Extremitäten, während wir am Nacken viel regelmäßiger negativistische Muskelspannungen beobachten.


Abb. 11. Flexibilitas cerea.

Die Pseudoflexibilitas, die bei katatonen Kranken unzweifelhaft häufiger ist, als bei irgend welchen anderen Personen, bildet den Übergang zu anderen Erscheinungen von vermehrter Beeinflußbarkeit, für die die Psychiatrie etwas überflüssigerweise eigene Namen geschaffen hat — die Echolalie, das sinnlose Nachsprechen vorgesprochener Worte, und die Echopraxie, die Nachahmung vorgemachter Bewegungen (Händeklatschen, Zunge herausstrecken, Arm heben), gehören hierher.


Abb. 12. Flexibilitas cerea.

Beide Symptome werden auch unter dem Namen der Befehlsautomatie zusammengefaßt. — Die vermehrte Beeinflußbarkeit kataleptischer Patienten äußert sich übrigens auch darin, daß ein unruhiger Kranker eine ganze Abteilung anzustecken vermag.

Negativismus.

Auch die Katalepsie besitzt ihr Gegenstück in den Erscheinungen des Negativismus, die zweifellos häufiger sind als die der Befehlsautomatie. Negativistische Kranke setzen jeder Zustandsänderung und jedem Annäherungsversuch Widerstand entgegen. Spricht man sie an, so starren sie in eine Ecke oder gehen fort und, reicht man ihnen seine Hand, so stecken sie ihre unter die Bettdecke. In schwereren Fällen liegen sie steif da und spannen ihre Muskeln jedesmal genau so an, daß eine vom Untersucher gewollte passive Bewegung verhindert wird. Oft befinden sich dann alle Muskeln in einem derartigen Kontraktionszustand, daß man den ganzen Kranken von einem Glied aus wie ein Stück Holz hin und her bewegen kann. Das ist das Bild des negativistischen Stupors; zum prinzipiellen Nichtreagieren tritt der grundsätzliche Widerstand gegen alle von außen gewollten Zustandsänderungen. Dieser „reaktive" Negativismus (Bonhoeffer) kommt übrigens oft auch isoliert ohne die Verbindung mit spontanen Muskelspannungen und dauernd versteifter Haltung vor; erst bei Annäherungsversuchen erweisen sich die Patienten abweisend und widerstrebend; sie wenden sich ab, ziehen die Hand weg, deren Puls man fühlen will, schließen die Augen, deren Pupillenreaktion geprüft werden soll. Man hat deshalb von einer „Affektlage der Ablehnung" gesprochen, die in manchen Fällen wohl auf dem „Autismus" (Bleuler, vgl. S. 178), auf der Tendenz der Kranken, sich mit ihren traumhaften Wahngedanken von der Außenwelt abzusperren, beruhen mag. Seltener liegen ihr bei der Katatonie (im Gegensatz zu manchen klimakterischen Psychosen z. B.) Verfolgungsideen gegen die Umgebung zugrunde.

Daß der Negativismus bei der Schizophrenie im allgemeinen jedoch jeder psychologischen Motivierung entbehrt, beweist er wieder durch die Bizarrerie seines Auftretens; derselbe Kranke, der sich eben noch heftig gegen die Verbringung in den Hörsaal gewehrt hat, macht sich ebenso steif, wenn er wieder hinausgehen soll. Ein anderer, der durch kein Zureden zur Befriedigung seiner Bedürfnisse auf dem Abort zu bewegen war, erledigt sie plötzlich mitten im Zimmer, und wer sein eigenes Essen verweigert, reißt plötzlich seinem Nachbar das seinige fort. Oder die Kranken nehmen ihre gewöhnliche Nahrung zwar nicht, aber sie trinken ihre Fütterung aus oder sie füttern sich durch Jahre hindurch selbst, indem sie die Sonde durch die Nase einführen.

Zum Negativismus gehört auch die Stummheit katatoner Kranker (Mutismus). Als eine feinere, „psychische" Form kann ferner das verantwortungslose Danebenreden gelten, das wir bei ihnen häufig antreffen. Dann ist 2.2 = 5, die Hauptstadt von Deutschland ist Paris, der Kranke ist verheiratet, wenn er unverheiratet ist, und umgekehrt; er ist 20 Jahre anstatt 50, und die Anstalt ist eine Kirche, ein Schulhaus, eine Stadt. Oder auf die Frage: „Was machen Sie denn?" wird geantwortet: „Ich esse keine Pfannkuchen," auf: „Wie geht es ihnen?" „Da hab ich nicht gegessen." (Auf die Differentialdiagnose

dieses Danebenredens dem Ganserschen Symptomenkomplexe gegenüber soll später eingegangen werden.)

Mit dieser Störung verwandt sind die leichtesten (negativistischen) Eigentümlichkeiten des schizophrenen Denkens, die früher besprochen wurden, und ferner manche feineren Anomalien des Handelns, die von Laien oft als Eigensinn, Pedanterie oder Schrullenhaftigkeit angesehen werden. In der Anstalt kann man katatonische Kranke zuweilen dadurch lenken, daß man ihnen das Gegenteil von dem aufträgt, was sie tun sollen.

Auch Negativismus und Befehlsautomatie treffen, so sehr sie sich begrifflich ausschließen, praktisch nicht selten bei ein und demselben Patienten zusammen. Die Beine werden negativistisch fest gehalten, und in den Armen besteht Flexibilitas cerea; der Kopf ist steif und nicht zu bewegen, und die Arme und Beine sind biegsam; der Kranke beantwortet keine Frage, macht aber jede Bewegung nach, und umgekehrt, sein Körper liegt starr, sein Mund aber wiederholt jedes Wort. Oder Flexibilitas und Negativismus gehen zeitlich ineinander über. Kein klinischer Lehrer weiß, welches Symptom er am einzelnen Katatoniker im Hörsaal wird demonstrieren können; negativistische Kranke werden plötzlich abnorm beeinflußbar, stuporöse erregt oder umgekehrt. Auch ein Teil der verblüffenden „Heilungen" kommt so zustande, die wir nach Entlassungen, nach Verbringung in die Anstalt, nach irgendwelchen therapeutischen Maßnahmen beobachten. Auf dieselbe Weise erklärt sich, daß sich Kranke, die uns Jahre hindurch keine Antwort gaben, ihren Angehörigen gegenüber plötzlich ganz normal verhalten, sich nach allem erkundigen und sehr vernünftig sprechen.

Bizarrerien.

Wieder tritt uns also als der Grundzug der Katatonie die Bizarrerie des Willens entgegen. Sie finden wir in allen möglichen wunderlichen Formen auch bei solchen Kranken, die negativistische oder befehlsautomatische Symptome im Augenblick nicht erkennen lassen. Früher haben wir die bizarren Gedankenverbindungen kennen gelernt, die oft in Form von plötzlichen, abrupten Einfällen auch das Handeln beeinflussen. Dieselbe Bizarrerie drückt, wenn nicht der Haltung, so doch mindestens den Bewegungen der Kranken fast immer einen charakteristischen Stempel auf, und insbesondere, wenn uns Schizophrene einmal außerhalb der Anstalt in einer Umgebung begegnen, in der wir mit psychopathischen Symptomen nicht rechnen, verblüffen sie immer durch ihre eckigen, geschraubten, steifen Bewegungen, durch die Besonderheit ihres Grußes, durch die Umständlichkeit beim Handgeben u. dgl.



Abb. 13. Katatonie. Bizarre Haltung.

Den „Verlust der Grazie“ bezeichnet Kraepelin als eines der ersten Symptome, das übrigens zuweilen auch subjektiv empfunden wird. Er fühle, wie seine Sicherheit im Auftreten und die Leichtigkeit seiner Bewegungen abnähmen, klagte einer meiner Patienten.

Die bizarren Handlungen, die schwer erkrankte Schizophrene begehen, sind so mannigfach, daß keine Schilderung die Fülle dessen, was hier vorkommt, wiedergeben kann. Ich habe den Selbstmord eines jungen Kollegen erlebt, der sich plötzlich — ohne jeden psychologischen Anlaß — nicht durch Gift oder durch einen Pistolenschuß, sondern durch außerordentlich zahlreiche Stiche mit einem nicht einmal großen Taschenmesser, in die Brust, den Bauch, den Kopf, die Extremitäten, tötete. Bleuler berichtet von mehreren Patienten, die durch lange Zeit hindurch ihre Fäzes in Papier einwickelten und im Schranke verwahrten, Kraepelin von einer Kranken, die Strümpfe auf einen Teppich nähte. Viele Patienten hinken ohne jede organische Ursache, gehen auf den Zehen, mit gebeugten Knieen usf. Oft erfolgen bizarre Entweichungen aus der Anstalt, die jeder psychologischen Motivierung entbehren; später kehren die Kranken von selbst oder mit ihren Angehörigen wieder zurück. Viele Patienten äußern mit Nachdruck und scheinbar heftigem Affekt einen Wunsch, um den geforderten Gegenstand dann nicht zu benutzen. Sie verlangen stürmisch Briefpapier und schreiben als höchst eilig bezeichnete Briefe, schicken sie aber nicht ab oder sie drängen einer Pflegerin ein wertloses Geschenk auf, um sich im nächsten Moment über den Diebstahl zu beschweren, dessen Opfer sie geworden sind. Die mitgeteilten Abbildungen mögen diese Angaben illustrieren und ergänzen; besonders sei auf den aus vier Farben zusammengesetzten, selbstgehäkelten Anzug hingewiesen, in dem eine Gehlsheimer Patientin sich wochenlang demonstriert hat.

Abb. 14. Katatonie.

Stereotypien.

Sehr häufig werden Bizarrerien zu Stereotypien, d. h. sie werden durch lange Zeit festgehalten oder immer wiederholt; bestimmte Grimassen, wie der ziemlich häufige Schnauzkrampf, erstarren; sehr unbequeme und verschrobene Haltungen dauern wochen- oder monatelang an. Eine Kranke (Abb. 15) geht jeden Mittag mit ihrem gefüllten Teller in die Mitte des Saales und setzt ihn auf den Boden; dann tritt sie zwei Schritte zurück, betrachtet den Teller mit stets gleicher Grimasse, um ihn nun wieder aufzuheben und im Bett zu essen; eine andere stellt sich immer, wenn die Ärzte kommen, steif hin, läßt die Arme herunter-

hängen, antwortet nicht, gibt keine Hand, sagt aber jedesmal: „ich bitte um meinen Reiseschein"; eine dritte breitet Bettuch und Steppdecke so aus, daß beide ohne jede Falte sind, dann legt sie sich vorsichtig an die eine Seite des Bettes und verharrt regunglos; wird durch eine Bewegung irgend etwas verschoben, so wiederholt sie dasselbe Spiel sofort. Ein weiterer Patient meiner Beobachtung stellte regelmäßig, solange er noch zu Hause war, täglich zur selben Stunde alle Stiefel, die er im Hause auftreiben konnte, in der Diagonale eines Zimmers auf, so daß die Teile eines Paares symmetrisch zueinander standen. Derselbe Kranke sah jeden Abend von 5 Minuten vor ½10 Uhr bis 5 Minuten vor 10 Uhr unverwandt und starr auf die Uhr, um am Ende dieser Frist eilends in sein Bett zu stürzen. Ganz ähnlich hat sich ein Kranker Bleulers verhalten, der jeden Sonntag nachmittag bei seinen Angehörigen erschien, um ebenfalls eine mit der Uhr bestimmte Zeit in eine Ecke zu starren und dann, ohne ein Wort zu sprechen, wieder fort zu gehen. — Erwähnt sei übrigens, daß sich manche Eigentümlichkeiten des schizophrenen Handelns außer durch die eigentlichen katatonen Symptome und die Denkstörung auch durch das Verhalten der Affektivität, also insbesondere durch den Mangel an Interesse und Initiative erklären lassen.



Abb. 15. Schnauzkrampf.

Die Stereotypien des Denkens haben wir früher erörtert, die der Sprache sollen später behandelt werden.



Abb. 16. Katatonie. Schnauzkrampf.

Differentialdiagnose.

Die Differentialdiagnose der katatonischen Symptome bereitet im großen und ganzen keine Schwierigkeiten. Wo sie in reiner und grober Form auftreten, lassen

sie sich kaum mit irgend etwas verwechseln. Um so wichtiger ist die Feststellung, daß gewisse katatone und daß namentlich kataleptische Zustände auch bei anderen Krankheiten als bei der Dementia praecox beobachtet werden. Ihre diagnostische Bedeutung für die Schizophrenie ist lange Zeit wesentlich überschätzt worden. Im einzelnen haben wir das Auftreten kataleptischer Erscheinungen im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins schon erwähnt. Noch bekannter sind die Befehlsautomatie und die Katalepsie in der Hypnose. Daß in gewissen hysterischen ebenso wie in manchen epileptischen Zuständen Flexibilitas cerea, in anderen Stummheit bestehen kann, ist ebenfalls allen Ärzten geläufig. Schwierigkeiten kann ferner das Auftreten echt katatoner Symptome wie des Negativismus z. B. im epileptischen Ausnahmezustand, bei organischen Psychosen (Paralyse, seniler Demenz, Hirnsyphilis, Hirntumoren), bei manchen Erkrankungen des Rückbildungsalters sowie bei Infektionskrankheiten (Bonhoeffer), kurz bei allen möglichen exogenen Formen bereiten. Freilich wird man in dieser Hinsicht mit Nutzen nach Bonhoeffers Vorgang zwischen dem „reaktiven" Negativismus und dem echten negativistischen Stupor mit Muskelspannungen, charakteristisch steifer Haltung, vom Bett abgehobenem Kopf und vasomotorischen Erscheinungen unterscheiden müssen. Dem „reaktiven" Negativismus liegen doch wohl häufiger psychologische Motive wie Sinnestäuschungen und paranoide Auffassungen zugrunde, als man früher geglaubt hat, und insbesondere manche Involutionspsychosen, die Kraepelin eine Zeit lang als Spätkatatonien aufgefaßt hat, scheinen sich darin sehr anders zu verhalten als die Schizophrenie. Instinktive Abwehrbewegungen und zum mindesten Steifwerden der Muskeln finden wir ferner bei den meisten Fällen von Benommenheit; selbst Kinder im Halbschlaf verhalten sich in dieser Hinsicht nicht anders.



Abb. 17. Katatonie, Stereotype Haltung.

Diagnostisch besonders wichtig ist die Erfahrung, daß (Bonhoeffer) es kein einziges katatones Symptom gibt, das sich nicht auch bei Infektionspsychosen fände; schwere motorische Erregung, Negativismus, Grimassieren,

Verbigerieren, pathetische Sprechweise, Stereotypien können ebensowohl eine Fieberpsychose wie eine Katatonie einleiten. Das ist diagnostisch sehr unbequem, denn auch echte Katatonien werden bekanntlich nicht selten während einer zufälligen Infektionskrankheit manifest. Wir müssen also mit Irrtümern nach beiden Richtungen rechnen. Besonders erschwert wird die Diagnose zweifelhafter Fälle dadurch, daß (nach Reichardt und Bonhoeffer) auch unkomplizierte, schwere Katatonien im ersten Beginn häufiger mit Fieberbewegungen einhergehen.

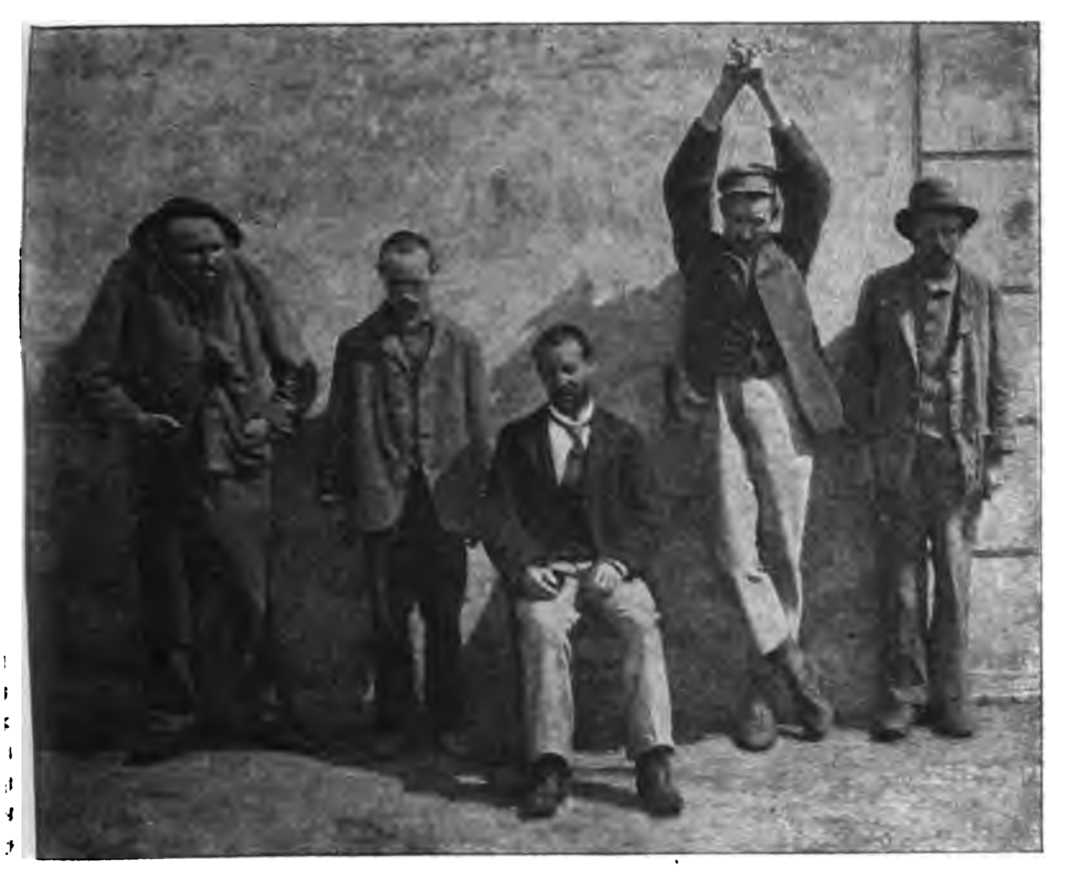


Abb. 18. Katatonie. Stereotype Haltungen.

Zu Verwechslungen mit katatonen Symptomen geben schließlich zuweilen auch der Eigensinn von Kindern und Imbezillen, das Widerstreben geängstigter Patienten und die sinnlose Erregung in manchen epileptischen Dämmerzuständen Anlaß. Die leichtesten Fälle von Negativismus lassen sich auch von der Pedanterie mancher Psychopathen nicht immer leicht abgrenzen.

Die Unterscheidung stereotyper und bizarrer Handlungen vom Zwangshandeln wurde früher schon besprochen. Sie wird zuweilen dadurch recht schwer, daß Zwangsvorstellungen zweifellos auch bei schizophrenen

Patienten beobachtet werden. Noch häufiger begründen Dementia praecox-Kranke bestimmte Stereotypien, wie das Händewaschen z. B., zu Unrecht oder doch wenigstens ohne entsprechenden Affekt mit dem Vorhandensein von „Phobien". Bei längerer Beobachtung wird sich aber immer herausstellen, daß sich die Kritik bei diesen schizophrenen Patienten ebensowenig mit der der echten Zwangsvorstellungskranken vergleichen läßt wie der Gefühlston, mit dem sie diese „Zwangshandlungen" begleiten.

Nahezu unmöglich ist in manchen, freilich nicht häufigen Fällen die Unterscheidung der Sperrung vom apraktischen Verhalten. Wenn sich immer



Abb. 19. Katatonie. Stereotype Haltungen.

wieder fremde Bewegungsantriebe in den eigentlich gewollten einschieben, kann daraus ein durchaus apraktischer Eindruck hervorgehen.

Beurteilung des Stupors.

Praktisch am wichtigsten ist die richtige Bewertung eines Stupors. Es kann gar nicht nachdrücklich genug betont werden, daß ein Stupor, d. h. eine mehr oder minder vollkommene Regungslosigkeit mit grundsätzlichem Nichtreagieren auf äußere Reize, aus mannigfachem Anlaß zustande kommen kann. Ganz falsch wäre es, jeden Zustand dieser Art auf primäre Hemmung oder Sperrung zurückzuführen und daraus auf das Bestehen eines manisch-depressiven Irreseins oder der Katatonie zu schließen. Auch massenhafte Sinnestäuschungen können einen Kranken veranlassen, jeden Rapport mit der Außenwelt aufzugeben und still dazuliegen, um imaginären Stimmen zu lauschen oder halluzinierte Gestalten zu betrachten. Seltener verhindern ängstliche Wahnvorstellungen die Patienten, sich zu rühren oder zu sprechen, dagegen kann die Angst als solche zur vollkommenen Regungslosigkeit führen, ebenso wie die feindselige Gesinnung der Umgebung gegenüber gelegentlich auf ähnliche Weise zum Ausdruck kommt. Daß es Stuporen aus Benommenheit und aus Ratlosigkeit (bei Bewußtseinstrübungen) und solche infolge völliger geistiger Verödung gibt, braucht kaum erwähnt zu werden. Ziemlich häufig sind ferner Epileptiker, gelegentlich Paralytiker und zuweilen endlich hysterische Personen stuporös. Bei diesen

gibt es natürlich mannigfache psychologische Anlässe für das Nichtreagieren, genau so wie es sicher sehr verschiedene Bewußtseinszustände sind, die bei ihnen nach außen als Stupor wirken (vgl S. 200 über Gefühlsstupor). Auch die Stuporen der Schizophrenen sind keineswegs alle gleichwertig: auch hier können Ratlosigkeit, Angst, Sinnestäuschungen, die „Affektlage der Ablehnung" (s. oben) und Verblödung zu dem gleichen äußeren Verhalten führen wie eine primäre psychomotorische Störung.

Im Prinzip wäre das beste Kriterium des eigentlichen katatonen Stupors natürlich gerade das Fehlen jeder psychologischen Motivierung; praktisch ist aber der Nachweis, daß eine depressive Hemmung z. B. nicht vorliegt, keineswegs immer ganz leicht. Auch das Verhalten des Pulses ist nicht eindeutig, und feinere Pupillenreaktionen lassen sich bei stuporösen Kranken natürlich nicht prüfen. Bestehen Negativismus oder gar Stereotypien und Bizarrerien, so ist die Entscheidung freilich nicht schwer, während Flexibilitas cerea und selbst Echopraxie außer bei katatonischen nicht bloß bei hysterischen, sondern auch bei depressiven Stuporen vorkommen.

Psychogene Störungen[1]).

Normale und krankhafte Suggestibilität.

Mit der Suggestibilität haben wir uns bei Besprechung der Sinneswahrnehmungen bereits beschäftigt und dabei eine weitgehende Beeinflußbarkeit der Wahrnehmungen als eine normale Eigenschaft kennen gelernt. Wir sahen, daß nicht bloß Illusionen, sondern auch Wahrnehmungen ohne jedes äußere Objekt bei gesunden Menschen durch Einreden wenigstens dann hervorgerufen werden können, wenn sich der einzelne als Teil einer Masse fühlt, oder wenn sonstige affektive Momente seine Suggestibilität steigern.

Eine gleiche Abhängigkeit von bestimmten Erwartungsvorstellungen besteht nun auch für Reflexvorgänge und für Willkürbewegungen. Viele Menschen gähnen, ohne müde zu sein, sobald sie den gleichen Reflex bei andern beobachten, und wenn einer im Konzertsaal zu räuspern anfängt, beginnt häufig ein allgemeines Husten. Manchen läuft der Speichel im Munde zusammen, wenn sie eine ihnen genehme Speise sehen oder auch nur an sie denken — verhalten sich doch sogar die Tiere, wie Pawlows bekannte Untersuchungen gezeigt haben, darin nicht anders. Daß das Erbrechen von seelischen Vorgängen und von der Beeinflussung durch andere abhängt, lehren die Folgeerscheinungen des Ekels und die Seekrankheit, die die meisten Personen nicht befallen würde, wenn nicht einige disponierte Individuen den Anfang machten.

---

[1]) Der nachstehende Abschnitt ist ebenso wie der über den „hysterischen Charakter" im speziellen Teil im wesentlichen im Herbst 1915 abgeschlossen gewesen. Einzelne später erschienene Veröffentlichungen habe ich noch zu berücksichtigen versucht, nicht aber Forsters Aufsatz: „Hysterische Reaktion und Simulation" (Monatschr. f. Psych. 47, H. 5. 17.). Es erscheint mir wichtig, das festzustellen, weil Förster zu dem Ergebnis kommt, „daß es keine Krankheit Hysterie gibt, sondern nur eine hysterische Reaktion, und daß diese Reaktion an sich keine krankhafte ist, sondern daß jeder Mensch zunächst in mehr oder weniger ausgesprochenem Maße zu dieser hysterischen Reaktion neigt." Im übrigen möchte ich aber die temperamentvollen Ausführungen Forsters doch nicht ganz unterschreiben.



Ebenso bekannt ist der Einfluß der Psyche auf die Sexualfunktionen; eine häufige Form der Impotenz entspringt lediglich der Idee ihres Vorhandenseins, und die weibliche Menstruation ist nicht bloß psychischen Einflüssen überhaupt, sondern auch suggestiven Einwirkungen zugänglich. Zuweilen tritt sie außer der Zeit an Tagen ein, an denen sie besonders unerwünscht ist, und sie kann umgekehrt durch ärztliche Suggestionen hervorgerufen, unterbrochen oder hinausgeschoben werden. Ähnlich ist es mit der Milchsekretion, die nach seelischen Aufregungen leicht versiegt und die wenigstens im Beginn des Wochenbetts durch Erwartungsvorstellungen sowohl gehemmt wie gefördert wird. Sehr bekannt ist schließlich, daß die Defäkation bei nervös empfindlichen Personen von manchen seelischen Einflüssen abhängt, die sich fast alle als Autosuggestionen erkennen lassen. Die Obstipation in den ersten Tagen einer Reise beweist auf negativem Wege die suggestive Wirkung einer bestimmten Umgebung, die wir dann Gewöhnung nennen. Ähnlich sind die Fälle zu beurteilen, in denen derselbe Reflexvorgang erst nach dem Anzünden einer Zigarette abläuft, nur daß diese schon den Übergang zu den ausgesprochen pathologischen Zuständen bilden, in denen mit oder ohne die Hilfe an sich indifferenter Medikamente immer erneute ärztliche Suggestionen zur Erzielung des gleichen Erfolges erforderlich sind.

Gegenüber diesen Wirkungen, die sich auf Funktionen erstrecken, mit denen sich unser Bewußtsein normalerweise scheinbar überhaupt nicht befaßt, ist die suggestive Beeinflussung von Willkürhandlungen verhältnismäßig leicht verständlich. Auch hierüber sind genau wie über das analoge Verhalten der Empfindungen Experimente angestellt worden, deren Ergebnisse in psychologischen Darstellungen nachgelesen werden mögen. Allgemein bekannt ist das Tischrücken, bei dem die Idee, daß der Tisch in Bewegung geraten könnte, die beteiligten Personen zu ungewollten Bewegungen veranlaßt, die den Tisch schließlich wirklich von der Stelle bringen. Der gleiche Mechanismus läßt Menschen, die anfangen Rad zu fahren, gerade auf den Stein und die Chausseefurche lossteuern, die zu vermeiden sie dringend Veranlassung haben. Erwartungsvorstellungen bewirken auch beim Vortrag eines Gedichtes oder eines Klavierstückes eben an der Stelle Fehler, die besonders geübt und deshalb beim Vortrag beachtet wurde, und kostbares Geschirr wird nur deshalb leichter zerschlagen als weniger wertvolles, weil die Mahnung, vorsichtig zu sein, die Vorstellung des Fallenlassens überwertig macht.

In dem letzten Beispiel tritt freilich zu der einfachen suggestiven Wirkung noch der ungünstige Einfluß, den die Aufmerksamkeit auf solche Bewegungen ausübt, die gewöhnlich ohne scharfe Kontrolle des Bewußtseins automatisch ablaufen (Pick). Man kann diesen Einfluß leicht an den Nachzüglern beobachten, die ein Konzert oder einen Hörsaal verspätet betreten. Wenn sie sich in ihrer Verlegenheit unverhältnismäßig ungeschickt bewegen, oft stolpern, alles Mögliche umwerfen, so stört offenbar der Verlust der Unbefangenheit einen Mechanismus, der unbeachtet spielend arbeitet. Insofern gehören auch diese Vorgänge in das Kapitel der Suggestibilität, nur daß sie von Erwartungsvorstellungen nicht mehr direkt, sondern erst indirekt abhängen.

Kurz zusammengefaßt läßt sich also sagen: Wahrnehmungen, Bewegungen und Reflexvorgänge sind normalerweise suggestibel; und daß sich unsere Gefühle und Stimmungen darin nicht anders verhalten, braucht

kaum hinzugefügt zu werden. Gehen wir allen bisher erwähnten Erscheinungen unter diesem Gesichtswinkel noch einmal auf den Grund, so finden wir in letzter Linie überall und immer Gefühle, die suggeriert werden. Das Wesen der Suggestibilität ist der Glaube, der die Kritik überrumpelt und ausschaltet; jeder Glaube aber wurzelt in der Affektivität, gründet sich auf intellektuelle Gefühle, die stärker sind als logische Gründe. Nur darum sind manche Menschen in höherem Grade befähigt, suggestiv zu wirken als andere. Nicht immer zeichnen sie intellektuelle oder moralische Eigenschaften aus, um so regelmäßiger aber stoßen wir bei ihnen auf starke Willenskraft sowie auf die feste Überzeugung von der Richtigkeit ihrer Ansicht oder von der Wirksamkeit ihres Verfahrens.

„Hysterische" (psychogene) Reaktion.

Nach allem bisher Gesagten ist es ohne weiteres verständlich, daß normale und krankhafte Suggestibilität fließend ineinander übergehen. Aus der einzelnen Reaktion ohne weitere Kenntnis der Persönlichkeit und der Begleitumstände läßt sich die Diagnose des Pathologischen nicht stellen. Die Frage lautet nicht, ob jemand überhaupt suggestibel ist — denn das sind wir alle —, sondern ob der Grad seiner Beeinflußbarkeit unter den gegebenen Umständen noch als durchschnittlich und normal angesehen werden kann. In aufgeregten Volksversammlungen oder in Zeiten starker seelischer Spannung (Beginn des Krieges) ist vieles nicht krankhaft, was unter gewöhnlichen Verhältnissen unzweifelhaft dafür gelten muß, und körperlich geschwächte, durch Infektionen oder Intoxikationen geschädigte oder psychisch aufgeriebene Menschen sind zu stärkeren Reaktionen berechtigt als andere.

Insofern haben die gelegentlich aufgestellten Behauptungen, wir seien alle etwas hysterisch, oder aber es gäbe überhaupt keine Krankheit Hysterie, in gewissem Sinne beide recht. Wollen wir unter hysterisch nichts anderes verstehen als eine bloße Steigerung der normalen Suggestibilität, so muß die Abgrenzung ebensowohl der gesunden Psyche wie anderen Geistes- und Hirnkrankheiten gegenüber notwendig schwierig werden. Da sich alle gesunden Menschen suggestiven Einflüssen irgendwie zugänglich erweisen, so zeigen naturgemäß viele organisch und funktionell Kranke gelegentlich eine starke Steigerung dieser Eigenschaft. Von der vermehrten Beeinflußbarkeit der Katatonie sehen wir dabei ab, weil es sich hier offenbar um andersartige Mechanismen handelt, die man psychologisch überhaupt nicht deuten und eher mit den Erscheinungen der zu Unrecht so genannten Hypnose bei Tieren in Verbindung bringen kann. Auch die „Suggestibilität" der Wahnbildungen bei der Dementia phantastica z. B., die Beeinflußbarkeit der Sinnestäuschungen bei Deliranten oder die der Konfabulationen beim Korssakow gehören nur in gewisser Hinsicht hierher, denn in diesen Fällen ist der pathologische Mechanismus als solcher schon vorher da und auch ohne äußeren Eingriff wirksam; die Suggestion verschafft ihm nur gelegentlich Material, das dann verarbeitet wird. Aber wenn Paralytiker, senil Demente, an Hirntumoren leidende Kranke ebenso wie Manisch-depressive, Epileptiker und Hebephrene gelegentlich hysterische Züge im Sinne einer vermehrten allgemeinen, psychologischen Beeinflußbarkeit aufweisen, oder wenn solche Züge nach einer Schwefelkohlenstoffvergiftung oder nach einem Erhängungsversuch zum ersten Male zutage treten, so hängt

das sicher mit den eben besprochenen Eigentümlichkeiten der normalen Psyche zusammen. Jede Störung im nervösen Gleichgewicht, jede leichte Bewußtseinstrübung z. B. und ebenso jede Urteilsstörung, vermindert die eigene psychische Energie und erhöht dadurch die Abhängigkeit von fremden Einflüssen, ein Zusammenhang, der das häufige Auftreten psychogener Symptome bei angeboren Schwachsinnigen ebenso erklärt wie die Tatsache, daß nicht bloß gesunde Überzeugungen aller Art, sondern auch Wahnideen bei in enger häuslicher Gemeinschaft lebenden Menschen (Ehefrauen von Querulanten!) zuweilen von dem psychisch Stärkeren, Führenden auf den Schwächeren übertragen werden (induziertes Irresein). Etwas ganz Ähnliches beobachten wir — nur in sehr viel größerem Maßstabe — bei den psychischen Epidemien, deren Zustandekommen eine Herabsetzung des individuellen Urteils und des persönlichen Verantwortungsgefühls infolge der Zugehörigkeit zu einer Masse voraussetzt.

Alle Versuche, die bisher unternommen wurden, um innerhalb dieses breiten Gebietes der pathologisch verstärkten Suggestibilität ein kleineres abzustecken, das nur wirklich „hysterische" Symptome umfassen sollte, sind gescheitert. Dem Symptom allein können wir es selten ansehen, ob es auf dem Boden einer hysterischen Anlage oder als mehr zufällige Erscheinung im Verlauf einer der oben genannten Krankheiten entstanden ist. In dieser Hinsicht nehmen nicht einmal die Krankheitserscheinungen eine Sonderstellung ein, die aus dem Wunsch des Patienten hervorgehen, daß ein bestimmtes Symptom eintreten möchte; die Befürchtung wirkt genau so, und entscheidend ist immer nur die Erwartung. Es gibt hysterische Individuen, die krank sein wollen, um Eindruck zu machen oder Vorteile (Rente!) zu erreichen. Aber andere Patienten, deren Symptome sich von denen dieser Gruppe sonst nicht unterscheiden, wünschen durchaus ihre Genesung und bleiben doch krank, eben weil Wunsch und Befürchtung ihre Aufmerksamkeit ständig auf die Krankheit [1]) richten. Nicht der Wille zur Krankheit, sondern die Idee des Krankseinmüssens bestimmt bei ihnen das Bild. Freilich liegen die Dinge häufig viel verwickelter, als sich in allgemeingültigen Formulierungen überhaupt ausdrücken läßt. Sehr oft redet ein Kranker nicht bloß den anderen, sondern auch sich selbst mit Erfolg ein, daß er nicht krank sein, sondern gesund werden wolle, und daneben lebt doch der Wunsch, dies oder das Symptom zu diesem oder jenem Zwecke zu bekommen oder zu behalten. Namentlich wenn es sich nicht um das aktive Hervorbringen bzw. Nichtunterdrücken einer Mehrleistung (Tremor etc.), sondern um den Verlust einer Innervation handelt, die wieder gewonnen werden soll, kommt es zuweilen nicht bloß darauf an, daß der Kranke sie finden will, sondern wie intensiv er das wünscht, und ob nicht in irgend einem Winkel seines Bewußtseins der Gedanke wohnt, es hätte doch auch Vorteile, krank zu bleiben. Eingestehen wird sich das freilich selten jemand.

---

[1]) oder richtiger auf das Symptom. Es braucht sich dabei übrigens nicht immer um ausgesprochen pathologische Reaktionen zu handeln. Viele Menschen schlafen gerade dann nicht ein, wenn sie wissen, daß ihnen nur wenige Stunden Ruhe zur Verfügung stehen und sie am anderen Tage frisch sein müssen. Eben diese Erwägung stört die Unbefangenheit, die auch zum Einschlafen gehört. Noch bekannter ist die Unfähigkeit vieler Menschen, ihre Blase in Gegenwart anderer zu entleeren. Ebenso kommt die psychische Impotenz gewöhnlich zustande.



Beispiele: Ein 18jähriger junger Mann wird bei der Musterung im Frühjahr 1917 tauglich als Kraftfahrer befunden. Auf der Heimfahrt bekommt er starken Zug und am nächsten Morgen ist sein Genick ein wenig steif. Nach drei Tagen ist von [illegible] einer rheumatischen Veränderung keine Spur mehr nachzuweisen, dagegen besteht [illegible] hysterischer Tic: der Kopf wird ruckweise nach rechts gedreht, kann aber [illegible] sehr gut gerade gehalten werden. Unter Suggestivtherapie schnelle Heilung. — [illegible] berichtet von sich: Als 14jähriger Junge sei er in der Turnstunde beim Springen [illegible] und habe sich den linken Fuß ganz leicht verstaucht; [illegible] die Stunde vorüber war, [illegible] er von zwei Mitschülern nach Hause geführt werden und [illegible] bemerkte er [illegible] Unlust, daß er schon wieder ganz gut auftreten konnte, er [illegible] und ging — wenn auch am Stocke — erst wieder, als der zugezogene Arzt sehr energisch erklärte, dem Fuß fehle garnichts. Den Stock nahmen ihm die Eltern nach zwei Tagen fort. Der damalige Patient weiß heute noch, daß es ihm hauptsächlich darauf angekommen sei, mit seinem Stock an dem Turnlehrer vorüberzugehen.

Psychogenes Symptom und Krankheit „Hysterie".

Aber daran ist festzuhalten, daß auch die bloße Befürchtung, krank zu werden, ebenso suggestiv wirken kann wie der Wunsch. Die von Kohnstamm gegebene, schroffe Formulierung, dem Hysterischen fehle das „Gesundheitsgewissen", trifft also doch nicht für alle Kranken zu und gilt sicher am meisten für jene Gruppe von konstitutionell kranken Menschen, deren pathologisches Wesen in einer gesteigerten Suggestibilität nicht bloß nicht aufgeht, sondern sie nicht einmal immer zu enthalten braucht. In solchen Fällen sprechen wir von der „Krankheit" Hysterie. Bei dieser kommt es zu psychogenen Lähmungen u. dgl. häufig überhaupt niemals; ebenso wie wir umgekehrt die allergröbsten Folgen einer pathologisch verstärkten Suggestibilität nicht selten bei Patienten antreffen, deren Charakter keine anderen hysterischen Züge aufweist, als einen gewissen Mangel an Willensstärke.

Die einfachste Lösung der ganzen Frage wäre zweifellos die, auf das Wort „hysterisch" für die suggestiv entstandenen (psychogenen) Symptome ganz zu verzichten und den Namen „Hysterie" für die Krankheit (oder richtiger für eine bestimmte psychopathische Konstitution) zu reservieren. Leider sind alle Vorschläge, die in diesem Sinne schon gemacht worden sind, bei der Mehrzahl der Ärzte unbeachtet geblieben, und so ist es zwecklos, sie noch einmal zu wiederholen. Um so mehr werden wir wenigstens in der Sache zwischen der hysterischen (psychogenen) Reaktion und dem hysterischen Charakter (Konstitution) unterscheiden müssen — ein Unterschied, auf den im speziellen Teil des näheren eingegangen werden soll. An dieser Stelle wird uns nur das psychogene Symptom beschäftigen.

Klinik der psychogenen Symptome.

Über seine klinische Gestaltung wäre nach dem bisher Ausgeführten im Prinzip fast gar nichts, im einzelnen aber so viel zu sagen, daß der Rahmen jedes Lehrbuches gesprengt werden müßte. Man hat oft gemeint, „die Hysterie kann alles machen," und daran ist richtig, daß eine pathologisch verstärkte Suggestibilität jeden der zahlreichen Mechanismen, die von der Psyche überhaupt abhängen, in Gang zu setzen, zu stören oder zu hemmen vermag[1]). Für die rein körperlichen Symptome drückt diesen Tatbestand

[1]) Bei dieser Auffassung erscheint z. B. zwar die Kontraktur, nicht aber die Lähmung einzelner Augenmuskeln als aus psychogener Ursache „möglich", wenn auch große individuelle Unterschiede in dieser Beziehung zugegeben werden müssen.



Strümpell recht glücklich aus, nach dem die hysterischen Erscheinungen „auf einer Störung der normal geregelten Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen beruhen.“ Der besondere Vorzug dieser vorsichtigen Begriffsbestimmung ist der, daß sie auch diejenigen hysterischen Erscheinungen mit einschließt, die, wie die Ohnmacht und manche Bewegungsstörungen, allen psychologischen Erklärungen stets große Schwierigkeiten entgegengesetzt haben. Diese Fälle bilden jedoch sicherlich — auch nach Strümpells Auffassung — die Ausnahmen. Die meisten „hysterischen“ Symptome sind „psychogen“, d. h. sie entspringen der Idee des Patienten, in bestimmter Richtung erkranken zu müssen. Wenn sie nicht insgesamt und rein in dieser von Möbius gegebenen Erklärungsformel aufgehen, so liegt das fast immer an dem oben ausführlich besprochenen Einfluß, den psychische Vorgänge auch beim Gesunden auf bestimmte, dem Bewußtsein nur scheinbar entzogene Reaktionen ausüben. Dieser Rest von sekundären Krankheitserscheinungen (der z. B. auch die hysterische Pupillenstarre mit einschließt) verhält sich zu den eigentlich psychogenen etwa so wie der Angstschweiß und die Pulsbeschleunigung zur Angst selbst: er umfaßt die körperlichen Folgen bestimmter Gemütszustände, die freilich bei disponierten Menschen leichter und stärker eintreten als bei Gesunden.

Psychogene und neurasthenische Reaktionen.

Es ist nicht unwichtig, sich über die Bedeutung dieser sekundären Krankheitserscheinungen zu verständigen; denn sie sind es in erster Linie, die die Abgrenzung der hysterischen von anderen pathologischen Reaktionen immer wieder erschweren. Kraepelin mißt diesen Symptomen einen so hohen Wert zu, daß er als charakteristisch für hysterische Personen die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit bezeichnet, mit der Gemütsbewegungen bei ihnen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfache körperliche Begleiterscheinungen hervorbringen. Die Definition stimmt mit unserer Darstellung der psychogenen Krankheitserscheinungen insofern überein, als auch wir das Wesen jeder Suggestibilität in der Affektivität gesucht haben und eine vermehrte Beeinflußbarkeit somit notwendig auf eine verstärkte Wirkung der Gemütsbewegungen zurückführen müssen. Aber Kraepelins Begriffsbestimmung legt nach unserer Auffassung doch zu großen Nachdruck gerade auf die Krankheitserscheinungen, die von den Vorstellungen des Patienten nicht mehr direkt, sondern erst indirekt abhängen. Das erscheint uns deshalb bedenklich, weil wir diese körperlichen Begleiterscheinungen starker Gemütsbewegungen selbst in stärkster Ausbildung gar nicht selten auch bei Personen antreffen, die weder hysterische Charakterzüge darbieten noch jemals wirkliche Vorstellungslähmungen u. dgl. bekommen. Anders ausgedrückt: an der Hand dieser Definition scheint uns die Trennung zwischen psychogenen und „neurasthenischen“[1]) Krankheitserscheinungen noch schwieriger zu werden, als sie es aus inneren Gründen ohnedies immer sein muß. Freilich ist zuzugeben, daß primäre und sekundäre Folgen krankmachender Vorstellungen fließend ineinander übergehen, und daß neurasthenische Krank-

[1]) Das Wort umfaßt in diesem Zusammenhang auch die Reaktionen der endogenen Nervosität.



heitszeichen in dem Sinne, den wir gleich zu umschreiben versuchen wollen, zweifellos nicht bloß in Verbindung mit wirklich psychogenen, sondern auch bei der Krankheit Hysterie vorkommen [1]). Aber darum ist noch lange nicht jeder, bei dem sie sich finden, hysterisch.

Man hat einmal die Frage aufgeworfen, ob Bismarck wegen eines Weinkrampfes, der ihn nach sehr aufregenden Verhandlungen mit dem alten Kaiser befiel, als hysterisch angesehen werden müßte. Die Frage zeigt uns, wohin wir gelangen würden, wollten wir jede abnorme körperliche Folge starker Gemütsbewegungen hysterisch nennen. Was für den Weinkrampf eines durch übermenschliche Leistungen im Moment erschöpften, gesunden Mannes gilt, das gilt aber mutatis mutandis auch für dem Willen entzogene Folgen pathologischer Voraussetzungen, wie für Schweißausbrüche bei der Angst z. B. Wenn es nicht die Angst bzw. die ihr zugrunde liegenden Vorstellungen sind, die körperliche Reaktion als solche ist nicht hysterisch. Anders steht es, wenn jemand Aufstoßen bekommt oder Flatus abgehen läßt, nur weil er so peinliche Vorkommnisse befürchtet. Solche Reaktionen treten beim Gesunden nicht ein, ein gesunder Wille kann sie unterdrücken.

Will man also den Versuch, psychogene und neurasthenische Reaktionen voneinander abzugrenzen, nicht überhaupt als aussichtslos aufgeben, so wird man vielleicht ganz allgemein verabreden dürfen, die krankhafte Beeinflussung von normalerweise der Willkür unterworfenen Vorgängen als hysterisch und nicht als neurasthenisch zu bezeichnen. In der Tat nennt man Lähmungen und Kontrakturen, die psychogen entstehen, wohl von jeher und an allen Orten hysterisch; und für Verdrängungserscheinungen wie die psychogene Blindheit, Taubheit oder Anästhesie gilt dasselbe. Abnorme Empfindungen (Sensationen) und Störungen automatischer Akte dagegen kommen bei bloß neurasthenischen Individuen ebensowohl vor wie bei hysterischen. Gerade die Neurastheniker hat man seit langem die Virtuosen des Tastsinnes genannt, weil die vermehrte Aufmerksamkeit, die sie ihrem Körper zuwenden, sie schließlich allerfeinste Vorgänge in ihrem Körper beobachten läßt, die sich beim Gesunden auch abspielen, von ihm aber nicht beachtet werden. Hinsichtlich der nervösen Funktionsstörungen des Herzens, der Gefäße, des Magendarmkanals aber stellt sich immer mehr heraus, daß ihnen recht häufig eine konstitutionelle Organschwäche zugrunde liegt. Gewiß greift auch die pathologische Suggestibilität [2]) häufig an diesem schwachen Punkt an, aber trotzdem besteht ein Unterschied zwischen diesen ursprünglich körperlich bedingten „neurasthenischen" Störungen und der „hysterischen" Lähmung eines organisch vollkommen gesunden Gliedes etwa. Nur gibt es eben mit gesetzmäßiger Häufigkeit Übergänge, beide Mechanismen greifen oft ineinander.

Unfallshysterie.

Ein sehr typisches Beispiel für die eben entwickelten diagnostischen Schwierigkeiten ist das der Unfallsneurosen, bei denen besonders häufig darüber

[1]) Sehr richtig sagt Gaupp: „Ob ein Tremor, eine Tachykardie, eine Reflexsteigerung, ein Kopfschmerz neurasthenisch, endogen psychopathisch oder hysterisch ist, kann nicht durch die klinische Erscheinungsform des Symptoms bestimmt, sondern muß aus dem Gesamttatbestand erschlossen werden."

[2]) wie das z. B. Kehrer für die psychogenen Sehstörungen nachgewiesen hat.



gestritten wird, ob sie Hysterien, Neurasthenien oder Krankheiten sui generis sind. Im Grunde kommt es ja auf den Namen gar nicht an, nachdem die teils somatische, größtenteils aber psychologische Entstehung dieser Krankheiten feststeht. Der Schreck kann, wie wir sahen, direkt gewisse körperliche Reaktionen auslösen, die sich normalerweise jedoch schnell ausgleichen. Ist das einmal nicht der Fall, so ist stets die Suggestibilität im Spiele, die in anderen Fällen ohne jede primäre somatische Unterstützung allein wirkt. Als Suggestion kommt dabei bekanntlich nicht bloß der Unfall selbst, sondern vor allem die Tatsache des Versichertseins in Frage. Dieselben Verletzungen haben früher, ehe eine Unfallsgesetzgebung existierte, keine Neurosen nach sich gezogen, und diese Neurosen bleiben auch heute noch da aus, wo (bei Offizieren auf der Reitschule in Hannover z. B., bei Sportverletzungen usw.) kein Anspruch auf Rente, sondern nur das dringende Interesse an der Genesung besteht. Strümpell hat deshalb bekanntlich Begehrungsvorstellungen bei den versicherten Verletzten als die eigentlich krank machende Ursache angeschuldigt. Als erschöpfend kann aber diese Erklärung nicht angesehen werden. Auch die Unfallshypochonder haben häufig den ernsten Wunsch, gesund zu werden, und leiden schwer unter ihrer Krankheit; die Tatsache jedoch, daß sie versichert sind, mit allen äußeren Folgen wie ärztliche Begutachtungen, Aufnahme in das Krankenhaus, Denunziationen von Nachbarn u. dgl., lenkt heute ihre Aufmerksamkeit auf ihre Beschwerden, genau so wie sie früher durch die erziehlichen Faktoren der Not und der dadurch erzwungenen Arbeit von diesen Beschwerden abgelenkt wurden. Wieder aber sehen wir als Erfolg dieser Schädigung bei disponierten Personen psychogene Symptome im eigentlichen Sinne, also Lähmungen, Blindheit, Taubheit u. dgl., eintreten, während es bei anderen bei Mißempfindungen, nervösen Herzstörungen etc. bleibt, die man herkömmlicherweise nur als neurasthenisch bezeichnet. Häufig aber vermischen sich auch beide Reaktionen, und schon daraus geht hervor, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen ihnen doch nicht besteht.

Kriegshysterie.

Ganz Ähnliches lehren uns heute im Kriege die nervösen Folgen nach Granatverschüttungen u. dgl. Ein Bruchteil der davon Betroffenen besitzt — gleichviel ob infolge einer angeborenen und nicht aberzogenen oder einer durch überstandene Strapazen, Alkohol- und Nikotinmißbrauch erst geschaffenen Disposition — nicht genügend Widerstandskraft, um den Schock auszuhalten und wird krank. Besteht von vornherein keine vermehrte Suggestibilität, so bleibt es bei neurasthenischen Reaktionen, die ihrer Natur nach in der Ruhe, nach Wegfall der Schädlichkeiten ausheilen, durch Suggestionsmaßnahmen aber nur gebessert, nicht beseitigt werden. Ein anderer Teil aber wird „hysterisch," d. h. er bekommt psychogene Reaktionen. Und zwar entweder gleich oder aber erst sekundär im Anschluß an die neurasthenischen oder sonstigen körperlichen Störungen, die durch psychogene Symptome zuerst überlagert und dann ersetzt werden. Das Zittern, das zunächst Ausdruck der Angst oder der körperlichen Schwäche war, besteht weiter, ein ursprünglich verstauchter oder gequetschter Arm bleibt gelähmt, eine vor dem Schock eingenommene Haltung wird beibehalten („Festnagelung", Wollenberg). Zweifellos liegt alledem nicht ganz selten der (meist nicht eingestandene) Wunsch zugrunde,

aus den Greueln des Krieges herauszukommen, gleichviel ob dieser Wunsch schon vor der Verschüttung bestanden hatte oder erst nachher in der Ruhe bei der Erinnerung an das Überstandene wach wurde. Bei solchen Kranken sehen wir dann überraschend schnelle Heilungen, wenn die Felddienstfähigkeit ausgeschlossen worden ist, und rapide Verschlechterungen, wenn sie erneut erörtert wird, — nur aktive Offiziere kann auch die Angst vor endgültiger Verabschiedung heilen (Nonne). Auch daß wir bei Kriegsgefangenen und bei körperlich Schwerverletzten (in chirurgischen Lazaretten z. B., Gaupp) so gut wie gar keine Neurosen beobachten (Mörchen, Bonhoeffer u. a.), erklärt sich so: wer gefangen ist, will gesund bleiben bzw. werden, um die Heimat wiederzusehen, und wer körperlich schwer geschädigt ist, dem fehlt jeder psychologische Anlaß, hysterische Symptome zu bekommen. Trotzdem ist es nicht ganz richtig, alle diese Kriegsfolgen einfach als „Wunschhysterien" aufzufassen. Auch hier finden wir doch Kranke, die gesund werden wollen, sich durch Hypnose (Nonne) heilen lassen und nach der Heilung der körperlichen Symptome auch psychisch wie neugeboren sind. Auch sie waren durch Suggestion krank, und die Suggestion war stärker als ihr „Gesundheitswille"; nur war die Suggestion kein Wunsch, sondern eine Befürchtung oder aber wenigstens bloße Erwartung. Irgend eine Ausdrucksbewegung (der Angst z. B.) wird beibehalten — ähnlich wie manche Bewegungen sonst (von Kindern z. B.) angewöhnt werden können — und eine Lähmung oder eine Gehstörung bleiben bestehen, weil der Kranke die Innervation von selbst (ohne Suggestivtherapie) nicht wiederfindet oder aber ihren normalen Ablauf durch die auf sie gelenkte Aufmerksamkeit ständig wieder stört.

Schwieriger sind die Fälle zu deuten, in denen ein starker seelischer Schock bei einem bis dahin nicht manifest kranken Menschen eine Bewußtlosigkeit von mehr oder minder langer Dauer auslöst, und nun unmittelbar nach dem Erwachen sicher hysterische Symptome auftreten. Nach Granatexplosionen etc. beobachten wir das verhältnismäßig häufig, und in solchen Fällen scheint die Ableitung aus Erwartungsvorstellungen auf den ersten Blick unmöglich zu sein. Hoche meint deshalb: „Der rätselhafte Entstehungspunkt aller hysterischen Erscheinungen muß...... an der dem Bewußtsein entzogenen Stelle gesucht werden, an der die beiden untereinander nicht vergleichbaren Erscheinungsreihen des materiellen und psychischen Geschehens sich berühren."

Noch entschiedener wollen andere Autoren die Annahme einer psychogenen Entstehung der Symptome (für diese oder für alle Fälle) fallen lassen. Mir scheint das nicht notwendig zu sein. Die anfängliche Bewußtlosigkeit selbst ist vielleicht — auch hier gibt es wohl sehr verschiedene Fälle — zuweilen nicht psychogener Natur, aber ob sich zwischen die völlige Aufhebung des Bewußtseins und das angebliche Erwachen mit einer Lähmung u. dgl. nicht ein Stuporzustand einschiebt, der für Erwartungsvorstellungen hinreichend Raum bietet, ist mir nach manchen Kriegs- und Friedenserfahrungen doch recht zweifelhaft. Schon immer wollten ja manche hysterische Patienten ihre Anfälle aus dem Schlaf heraus bekommen — auch im Schlaf ist eben die Psyche nicht ganz ausgeschaltet, und ein affektbetonter (ängstlicher) Traum würde einen entsprechenden Anfall ohne weiteres erklären. Was aber die Stuporzustände angeht, so habe ich wiederholt das Vorhandensein bestimmter, gefühlsbetonter Vorstellungsreihen bei Kranken nachweisen können, die ihren An-

gehörigen und dem Personal als tief bewußtlos imponiert hatten. Sind solche Patienten dann schließlich gelähmt, so bereitet das der Erklärung keine prinzipiell neuen Schwierigkeiten.

Aber es gibt gewiß auch andere Erklärungsmöglichkeiten. Schon dem gesunden Menschen kann infolge eines sehr starken Schrecks vorübergehend die Herrschaft über seine Glieder entgleiten. Der Hysterische unterscheidet sich von ihm häufig nur dadurch, daß er diese Herrschaft auch später nicht wieder erlangt — gleichviel ob er sie infolge eines Affektes oder ursprünglich durch eine Verstauchung oder eine organische Nervenlähmung verloren hatte. Erinnert sei an Wollenbergs Bemerkung über das „Festnageln" der zur Zeit des Erlebnisses eingenommenen Haltung. Eine lang dauernde Bewußtlosigkeit würde an sich diesen Zusammenhang wohl unterbrechen, aber sehr wahrscheinlich wirkt dann das Erwachen aus diesem Zustand als ein neuer Schock, an den sich die psychogenen Symptome anschließen.

Symptomatologie der psychogenen Erscheinungen.

Im Anschluß an die bisherige allgemeine Besprechung wollen wir nunmehr die häufigsten psychogenen Symptome kurz der Reihe nach betrachten. Der Versuch wäre aussichtslos, wenn er anstrebte, alles, was überhaupt je in dieser Hinsicht beobachtet worden ist, zu beschreiben oder auch nur zu registrieren; unter dieser Voraussetzung würde man allein den hysterischen Gangstörungen eine Monographie widmen dürfen. Die Mechanismen, die auf pyschogenem Wege in oder außer Betrieb gesetzt oder gestört werden können, sind überaus zahlreich, aber wenn wir viele Fälle betrachten, so stellt sich doch eine geradezu überraschende Konstanz der Symptombilder heraus. Gewisse Typen sehen wir sehr häufig, und zwar am regelmäßigsten da, wo die psychogene Reaktion durch verhältnismäßig ähnliche Ursachen ausgelöst worden ist, also wieder bei Unfall- und Kriegsverletzten. Astasie, Abasie, Aphonie, Stummheit, Arm- und Beinlähmungen mit oder ohne Kontrakturen, Tremor, Singultus, Ruktus, Anfälle bestimmter Färbung kehren mit ziemlicher Gleichförmigkeit wieder und beweisen, „daß auch das psychische Geschehen, die Zustände des Bewußtseins und deren Einwirkungen auf die Körperlichkeit nach festen, in unserer Gesamtorganisation liegenden und durch sie bedingten Gesetzen geregelt sind." (Strümpell). Zum guten Teil erschöpfen sich diese Gesetze in den Beziehungen zwischen den Affekten und deren Ausdrucksbewegungen, zum anderen beruhen sie auf der Gleichheit der Erwartungen, mit denen disponierte Menschen in die Krankheit eintreten. Diese Voraussetzungen sind bei Laien für alle medizinischen Dinge gewöhnlich ebenso elementar wie naiv, und deshalb sehen wir Abweichungen von den gewöhnlichen und groben Typen der psychogenen Reaktion eigentlich nur bei gebildeten und medizinisch durch irgend einen Zufall interessierten Personen.

Wir beginnen mit gewissen Störungen, die in ihrer Gesamtheit das darstellen, was man früher als „hysterische Stigmata" bezeichnet hat.

Sensible Störungen.

Von den subjektiven Mißempfindungen haben der Globus und der Clavus in der Literatur die größte Rolle gespielt. Unter Globus verstand man

das Gefühl einer aufsteigenden Kugel im Hals, unter Clavus einen bestimmt gearteten Kopfschmerz. Beide Symptome sind, ganz abgesehen davon, daß sie bei vielen hysterischen Personen fehlen, auch insofern nicht spezifisch, als sie bei anderen Formen nervöser und speziell hypochondrischer Erkrankung auch vorkommen und in ihrer besonderen Gestaltung bei Hysterischen nicht weniger wechseln als bei Neuropathen und bei Neurasthenikern. Die Geschichte des Globus ist geradezu ein Schulbeispiel für die suggestive Wirkung medizinischer Lehrmeinungen auf Ärzte und Patienten. Viele nervöse und insbesondere aufgeregte und ängstliche Menschen kennen ein würgendes, spannendes, drückendes oder ziehendes Gefühl im Schlund und im Hals, das z. B. das Zahnputzen und in schweren Fällen auch das Essen erschweren kann. Wird ein solcher Patient nach dem Gefühl der aufsteigenden Kugel gefragt, so wird er unter dieser Bezeichnung seine eigenen Mißempfindungen leicht wiederzuerkennen glauben, und so kommen dann Statistiken zustande, nach denen der Globus nur ausnahmsweise bei Hysterischen vermißt wird.

Noch bedenklicher ist das Suchen nach schmerzhaften Druckpunkten in der Gegend der Ovarien, der Mammae oder des Brustbeins z. B. Bei suggestiblen Menschen werden energische Prüfungen dieser Art häufig positive Erfolge nach sich ziehen und sie sollten schon deshalb unterlassen werden, selbst wenn andere Bedenken gegen sie nicht vorlägen. Daß solche Bedenken bestehen, versteht sich bei den erotischen Neigungen mancher hysterischer Frauen von selbst. Über die Beziehungen dieser „Points" zu Anfällen, die von ihnen aus ausgelöst oder beendet werden konnten, braucht heute nichts mehr gesagt zu werden, nachdem das Wesen der pathologischen Suggestibilität innerhalb und außerhalb des eigentlich hysterischen Gebietes hinreichend erforscht worden ist. Ebenso versteht es sich heute beinahe von selbst, daß die „Ovarie" nichts mit den Ovarien zu tun hat und auch bei Männern vorkommt.

Auch auf die Gestaltung der Anästhesien näher einzugehen erscheint uns Raumverschwendung. Jede Gestalt ist möglich, die der Kranke erwartet, und so sind manschettenförmige, para- und hemiplegische wie fleckförmige Typen natürlich häufiger als die, die wir bei organisch bedingten Anästhesien beobachten. Auf andere Unterschiede ist früher kurz hingewiesen worden Die Kranken erkennen Gegenstände mit einer Hand, deren Haut angeblich anästhetisch ist, ebenso wie sie durch das Stereoskop auch mit dem hysterisch blinden Auge zu sehen vermögen. Überhaupt gilt für die Sehstörungen genau das gleiche wie für die Anästhesien, und die berühmte Gesichtsfeldeinschränkung der Hysterischen finden wir nicht bloß bei Unfallspatienten, sondern bei allen nervösen Personen, die hypochondrische Neigungen zeigen[1]). Wieder muß vor diesen Prüfungen bei der Psychogenie verdächtigen und bei nervösen Personen überhaupt eindringlich gewarnt werden. Beschränken wir sie auf ein Mindestmaß, so werden die Sensibilitätsstörungen zusehends seltener. Daß ihr Nachweis gelegentlich, bei zweifelhaften Lähmungen z. B., diagnostisch wertvoll sein kann, ist aber natürlich zuzugeben. — Nicht ganz gleichmäßig ist das Verhalten der Schmerzreflexe, die von anästhetischen Zonen ausgelöst werden sollen. Zuweilen sind sie da, zuweilen fehlen sie, und wahr-

[1]) Psychogene Hörstörungen fand Kehrer im Kriege besonders häufig in Verbindung mit einem leichten Stupor. Außerdem ließ sich oft eine organische Grundlage (alte Schwerhörigkeit) nachweisen.



scheinlich hat Oppenheim recht mit der Behauptung, daß sie dann auftreten, wenn sie überraschend eingeleitet werden, also nicht unterdrückt werden können. Im einzelnen sind verhältnismäßig häufig Anästhesien der Horn- und Bindehaut, der Rachenwand und der Nasenschleimhaut. Hie und da vermag das Vorhandensein dieser Anästhesien die Diagnose zu stützen; die Psychogenie der übrigen Symptome (oder gar den hysterischen Charakter) ihres Fehlens wegen bestreiten zu wollen, ist falsch.

Lähmungen.

Psychogene Lähmungen treten entweder isoliert oder in Verbindung mit Kontrakturen oder Schmerzen auf. Im großen und ganzen kann man als Hauptunterschied den organischen Lähmungen gegenüber betonen, daß hysterische Paresen nicht Muskeln, sondern Bewegungen betreffen. Auf mannigfache Weise läßt sich in fast allen Fällen nachweisen, daß die Kranken die angeblich gelähmten Muskeln in Tätigkeit setzen können, daß sie aber die Innervation nicht finden, die für eine bestimmte Bewegung nötig ist. Damit hängen alle in der Klinik üblichen Demonstrationen zusammen wie die, daß ein schlaff gelähmtes Glied nicht einfach der Schwere nach herunter fällt, daß ein an den Beinen gelähmter Kranker langsam zusammensinkt und nicht brüsk hinstürzt wie ein echter Paraplegiker usf. An den einfach schlaffen Lähmungen sind am häufigsten die Beine beteiligt, so daß man ein eigenes Krankheitsbild als Astasie-Abasie abzugrenzen versucht hat. Auf die neurologischen Unterscheidungsmerkmale dieses Zustandes von organischen Paraplegien, die sehr in die Augen zu fallen pflegen, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Daß in ganz ungewöhnlichen Fällen, auf deren Vorkommen praktisch keine Rücksicht genommen zu werden braucht, auch bei psychogener schlaffer[1]) Lähmung die Reflexe



Abb. 20. Psychogene Gangstörung.

[1]) Daß Kontrakturen die sichtbare Auslösung eines Reflexes verhindern können, versteht sich von selbst.

nicht haben ausgelöst werden können, erklärt sich wohl aus der Hypotonie (vgl. Fehlen der Reflexe bei Skopolamin-Lähmungen). Warum hysterische Lähmungen die linke Körperhälfte auffallend bevorzugen, ist nicht ganz aufgeklärt; die wahrscheinlichste Ursache ist wohl die, daß die Patienten so am wenigsten behindert werden.

Häufig ist bekanntlich die Aphonie, seltener vollkommener Mutismus. Die Aphonie schließt sich gewöhnlich an eine organisch bedingte Heiserkeit an und läßt sich verhältnismäßig oft durch überrumpelnde Maßnahmen beseitigen. — Lähmungen einzelner Augenmuskeln sind bisher nicht einwandfrei beobachtet worden, doch kann ihr gelegentliches Vorkommen angesichts der Fähigkeit mancher Personen, z. B. den Levator isoliert zu erschlaffen, füglich nicht bestritten werden. Eine psychogene Ptosis ist sicher festgestellt worden.

(Hinsichtlich der hysterischen Pupillenstörungen sei auf das Kapitel IX verwiesen. Eigentliche Lähmungen gibt es hier nicht, die mydriatische Starre beruht auf einer starken Hemmung des Sphinctertonus, während die miotische Starre auf einen Krampf des Schließmuskels zurückgeführt werden muß. Ebenso wie diesen beobachtet man auch Akkommodationskrämpfe, gewöhnlich in Verbindung mit einem Krampf der Interni. Im ganzen sind psychogene Pupillenstörungen so selten, daß ihr Vorhandensein innerhalb und außerhalb des Anfalls bei weitem eher gegen als für die Diagnose spricht.)

Reizzustände.

Psychogene Kontrakturen und Spasmen sind aus nicht ganz aufgeklärten Ursachen sehr häufig. Sie schließen sich oft an äußere Verletzungen und noch öfter an Schmerzen an und können, wenn sie lange bestehen, natürlich zu sekundären Gelenkveränderungen Anlaß geben. Bei ihrer Erkennung müssen mehr chirurgische und interne Störungen als neurologische ausgeschlossen werden. Das Bild der organischen, spastischen Lähmung wird sehr selten durch die Hysterie vorgetäuscht. Die Erscheinungen der hysterischen Kontrakturen sind fast immer viel gröber, man möchte sagen, unglaubwürdiger als die der organischen, ganz abgesehen davon, daß sie sich naturgemäß entsprechend den medizinischen Vorstellungen des Kranken fast immer anders verteilen. Die Reflexe sind ja bei allen Nervösen meistens erhöht; aber selbst eine Differenz zwischen der erkrankten und der nicht erkrankten Seite kommt bei rein psychogenen, spastischen Lähmungen vor (vgl. Fürstners „pseudospastische Parese mit Tremor"). Auch ein Pseudoklonus wird beobachtet, den wohl der Erfahrene gewissermaßen gefühlsmäßig als solchen erkennt, den wir aber mit objektiven Methoden vom organischen bis heute nicht immer zu trennen vermögen.

Im einzelnen seien als besonders häufig der Lidkrampf, der sich fast immer an Reizzustände am Auge anschließt, und die Kontrakturen der Hand in Form des Schreibkrampfes erwähnt. Auch hier ist aber zu beachten, daß keineswegs alle Fälle dieser Art einfach auf suggestivem Wege zustande kommen und daß sie noch weniger alle bei im eigentlichen Sinne hysterischen Individuen beobachtet werden.

Von den Spasmen der glatten Muskulatur wurden die des Ösophagus bei der Besprechung des Globus schon gestreift. Wie für sie gilt auch für die

analogen Zustände des übrigen Magen-Darmtraktus und der Blase, daß sie für die hysterische Konstitution des Kranken wenig beweisen. Speziell Magenkrämpfe beobachten wir bei Nervösen aller Art, ohne daß die Hysterischen eine Ausnahmestellung einnehmen. Etwas anders steht es schon mit den „Herzkrämpfen", die viel mehr in subjektiven Sensationen bestehen und objektive Begleiterscheinungen häufig vermissen lassen.

Von den übrigen Reizzuständen sollen die Anfälle an anderer Stelle besprochen werden. Eine scharfe Trennung zwischen diesen Paroxysmen und gewissen Dauererscheinungen ist nicht möglich. Choreatische Bewegungen z. B. können sich zu Anfällen steigern, ebenso wie andere abnorme Bewegungen zunächst im Anfall auftreten und dann in die Zwischenzeiten übernommen werden.

Im übrigen darf bezüglich der Chorea außer an den sog. protrahierten Sehnenreflex, der bei Hysterischen natürlich fehlt, daran erinnert werden, daß die Krankheit mit Hypotonie verbunden zu sein pflegt. Imitiert werden ihre Symptome nicht bloß durch andere, organisch gesunde Kinder, sondern häufig auch von den ursprünglich choreatisch erkrankten Personen selbst, und gerade in diesen Fällen kann die Differentialdiagnose recht schwer werden.

Wie weit die einzelnen Ticarten psychogen sind, läßt sich allgemein nicht sagen. Sie kommen an und für sich bei allen Formen der neuropathischen Konstitution vor, erweisen aber zuweilen durch ihre Abhängigkeit von grob suggestiven Maßnahmen ihren psychogenen Charakter.

Ebenso lassen sich allgemeine Regeln für den psychogenen Tremor nicht aufstellen. Das beste Kriterium liegt auch hier in dem Nachweis, daß ein ähnliche Störung aus organischer Ursache nicht vorkommt, während die Feststellung, daß das Zittern der Hände z. B. bei Ablenkung verschwindet, mehrdeutig ist.

Sehr charakteristisch pflegt sich gewöhnlich der psychogene „Romberg" zu äußern. Die Kranken schwanken nicht eigentlich, sondern sie fallen, je nach der Hülfe, die sie zu erwarten haben, mehr oder minder rücksichtslos nach hinten oder nach der Seite um.

Über den Einfluß des Vorstellungslebens auf die Tätigkeit der Speichel-, Darm- und Schweißdrüsen ist oben schon gesprochen worden. Es kann nicht bestritten werden, daß bei hysterischen Individuen in all diesen Beziehungen sehr ungewöhnliche Reaktionen vorkommen. Immerhin ist gewissen Behauptungen gegenüber doch starke Vorsicht am Platze; das gilt erst recht für das hysterische Fieber, für Hautblutungen, Blasenbildungen an der Haut u. dgl.

Im Anschluß an die bisherige Darstellung würden jetzt außer den „Anfällen" noch die hysterischen Delirien und die Pseudodemenz besprochen werden müssen. Es erscheint uns aber richtiger, diese Zustände in dem Kapitel „Bewußtseinsstörungen" abzuhandeln, um dadurch den Vergleich mit den epileptischen Äquivalenten zu erleichtern. Hier sei auf diesen Abschnitt eigens verwiesen.

Vorkommen.

Während neurasthenische Reaktionen am häufigsten bei erwachsenen und wenigstens intellektuell vollwertigen Menschen vorkommen, bevorzugen die psychogenen jugendliche, unentwickelte, weibliche und endlich wenig zivili-

sierte Menschen. Das Kind hat noch nicht in dem Maße gelernt, sich selbst in der Gewalt zu haben, seinen Körper zu beherrschen und den eigenen Willen fremder Beeinflussung gegenüber durchzusetzen, wie der Erwachsene, der erst im Senium wieder gefährdeter wird. Die Frau erreicht darin im Durchschnitt überhaupt nicht dieselbe Festigkeit wie der Mann, und der ungebildete Landbewohner endlich steht seinen ganzen Lebenserfahrungen nach dem Kinde näher als der Städter: er hat weniger Gelegenheit sich in der Selbstbeherrschung zu üben und bleibt zugleich naiver und damit beeinflußbarer als jener. Darum sehen wir die allergröbsten psychogenen Erscheinungen wie schwere Kontrakturen und Anfälle am häufigsten bei jungen Mädchen der Dorfbevölkerung. Aus dem gleichen Grunde fehlen die Unterschiede, die sich in dieser Hinsicht später zwischen Mann und Frau herausstellen, noch in der Kindheit: bis zur Pubertät sind Knaben und Mädchen gleich gefährdet, (nicht einen hysterischen Charakter, wohl aber) ein psychogenes Symptom zu bekommen. Ein Fall, ein Schreck, eine körperliche Erkrankung können die meisten Kinder „hysterisch" machen, nur verläuft diese Hysterie dann fast immer monosymptomatisch.

Sehr grobe Anlässe lösen psychogene Erscheinungen aber auch bei Erwachsenen, und zwar selbst bei solchen aus, die unter günstigen Umständen in den Verdacht der Hysterie niemals geraten wären. Auch das sehen wir jetzt im Kriege: einzelne psychogene Symptome als Wirkung des Granatfeuers z. B. oder auch nur im Gefolge von Extremitätenschüssen bei bis dahin vollkommen gesunden Menschen. „Jeder Feldzugsteilnehmer ist bei entsprechenden Erlebnissen hysteriefähig" meint Hoche — vielleicht übrigens doch nicht ganz mit Recht. Es sind doch vorwiegend psychopathische Soldaten, die erkranken und längere Zeit krank bleiben, und bei vielen schafft überdies eine lokale Organschwäche den Boden für die Fixierung eines psychogenen Symptoms.

Im übrigen wurde oben schon erwähnt, daß psychogene Symptome bei nahezu allen funktionellen und organischen Psychosen vorkommen können. Wo wir — wie bei der Paralyse z. B. — zuverlässige diagnostische Hilfsmittel für die Erkennung dieser Krankheiten besitzen, die sich durch hysterische Zutaten nicht verdecken lassen, macht das natürlich keine Schwierigkeiten; anders liegt es schon in den Fällen, in denen sich, wie bei vielen Epileptikern, manchen Alkoholisten und gewissen Manisch-depressiven, hysterische und sonstige endogene oder exogene Reaktionen aus innerer Ursache vermischen; am unangenehmsten aber ist das Auftreten psychogener Züge bei manchen schleichend einsetzenden organischen Krankheiten wie der Hirnarteriosklerose und dem Hirntumor und vor allem bei der Hebephrenie. Hinsichtlich der grob organischen Störungen kann deshalb gar nicht nachdrücklich genug betont werden, daß „hysterische" Symptome, auch wenn sie lange Zeit bestehen und sich durch Suggestivmaßnahmen verdrängen und erzeugen lassen, das Fehlen organischer Veränderungen nicht beweisen; ja die organischen Symptome selbst (sogar aphasische und apraktische) können zuweilen durch energische Suggestionen scheinbar geringer werden. Ich habe mir die so entstandene Fehldiagnose bei einer organischen Gangstörung (Hirntumor) vorzuwerfen. Für die Hebephrenie endlich wird wohl jeder Kliniker zugeben, daß er hin und wieder deshalb irrt, weil sich diese (wie übrigens

auch manche später katatone) Form der Schizophrenie nicht selten mit hysterisch gefärbten Bildern einleitet. Manche schwerere psychotische Reaktionen wie theatralisches Wesen, manirierte, infantile Sprache, die früher für typisch hysterisch galten, gehören häufiger der Dementia praecox an, aber auch viele leichtere Formen, die wir von der reinen Psychogenie bis heute gar nicht zu trennen vermögen, finden sich bei beginnenden Hebephrenien häufig. Dazu kommt freilich, daß manche Eigentümlichkeiten im Wesen dieser Kranken auch eine hysterische Charakterveränderung vortäuschen können. So sieht man nicht ganz selten unzweifelhafte Dementia praecox-Fälle, die ihrer Launen und exzentrischen Neigungen, ihrer Rücksichtslosigkeit und gelegentlichen hypochondrischen Klagen wegen durch Jahre hindurch als Hysterien behandelt worden sind. Erwähnt sei übrigens, daß die umgekehrte Gefahr, bei psychogenen Zustandsbildern eine Dementia praecox zu diagnostizieren, zweifellos noch größer ist als die, vor der eben gewarnt wurde. Vor allem das Danebenreden der hysterischen Pseudodemenz gibt häufig zu Irrtümern Anlaß.

Erkennung.

Auf körperlichem Gebiete setzt die Unterscheidung psychogener und organisch-neurologischer Symptome natürlich die Kenntnis dessen voraus, was bei organischen Nervenkrankheiten häufig vorkommt und ausnahmsweise vorkommen kann. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle machen uns die Kranken diesen Teil der Aufgabe recht leicht. Sie wissen nicht, daß die Pyramidenbahn kreuzt und Lähmungen nach einer Kopfverletzung, einem elektrischen Schlag etc. auf der gegenüberliegenden Seite des Körpers eintreten müßten; sie kennen den Verlauf der motorischen und sensiblen Nerven nicht, und so entfernen sich die von ihnen gebotenen Krankheitsbilder von den organsichen gewöhnlich sehr weit. Häufig lassen sie sich außerdem überrumpeln und heben z. B. einen Arm, der sonst schlaff herunterhängt, bei ganz unzulänglicher Unterstützung hoch oder sie halten ihn beim Beugen des Rumpfes in seiner Stellung fest, anstatt ihn der Schwere nach vorfallen zu lassen.

Ausnahmen beobachten wir naturgemäß dann, wenn der Patient aus irgend einer Veranlassung medizinische Kenntnisse erworben hat, also bei Ärzten, Arztfrauen und bei manchen Kranken, die schon durch viele Krankenhäuser gegangen sind. Im ganzen werden aber in solchen wie in allen Fällen überhaupt häufiger interne und chirurgische Krankheitsbilder imitiert als neurologische, und deshalb ist da, wo sich die psychogene Natur eines Symptoms nicht geradezu aufdrängt, eine sorgfältige allgemein-ärztliche Untersuchung geboten. Ja selbst wenn die Psychogenie feststeht, werden wir nicht vergessen dürfen, daß neben ihr noch interne oder chirurgische Veränderungen bestehen können. Ich habe den Tod einer Kranken an einer Appendizitis erlebt, die nur der gleichzeitigen Hemianalgesie wegen übersehen worden war. Das Zusammentreffen ist nicht einmal immer zufällig: recht oft hinterlassen körperliche Störungen (Husten, Heiserkeit, Dyspnoe, Erbrechen, Gehstörungen, Schmerzen usf.) psychogene Folgen unmittelbar, oder disponierte Personen (Kinder!) ahmen frühere organische Leiden später auf hysterischem Wege nach. Daß von einer organischen Nervenlähmung oder von einer Verstauchung nach der Heilung gelegentlich die Idee des Nichtkönnens zurückbleibt, ist ebenso

verständlich wie die analoge Erfahrung, daß ursprünglich organisch bedingte Schmerzen aus psychogener Veranlassung ihre Ursache überdauern können. In dem einen Falle findet der auf seine Lähmung eingestellte Kranke die zur Bewegung nötige Innervation nicht wieder, im andern vermag er seine Aufmerksamkeit von dem erkrankten Gliede nicht abzuwenden; so verliert er in beiden die Unbefangenheit seinem Körper gegenüber, die für die Rückkehr in normale Verhältnisse erforderlich wäre.

Aus diesem Grunde bereitet die Differentialdiagnose psychogener Symptome von jeher gerade bestimmten organischen Nervenkrankheiten gegenüber besonders große Schwierigkeiten. Ihnen gemeinsam sind die Launenhaftigkeit ihres Verlaufs und die Flüchtigkeit ihrer Erscheinungen. Daß die Erscheinungen der multiplen Sklerose z. B. bei dem Kranken schließlich eine ständig gespannte Erwartung großzüchten „Werde ich mich heute bewegen können?“, und daß auf diesem Wege die gestern organisch bedingte Lähmung morgen eine psychogene werden kann, ist ohne weiteres einzusehen. Für die Tetanie liegen die Dinge ähnlich.

Häufig ist zur Diagnose des hysterischen Symptoms neben der Entstehung aus suggestiven Einflüssen auch das verlangt worden, daß dieselben Einflüsse es zu heilen vermöchten. Solange man darunter nur die prinzipielle Möglichkeit einer solchen Suggestivwirkung versteht, ist diese Forderung zweifellos gerechtfertigt; praktisch aber wird es auf das Kräfteverhältnis zwischen der krank- und der gesundmachenden Idee ankommen, und so wird man die hysterische Natur eines Symptomes nicht deshalb bestreiten dürfen, weil es uns im gegebenen Fall nicht gelingt, dem Patienten wirksame Gegensuggestionen aufzunötigen. Daß umgekehrt durch energische Suggestionen gelegentlich auch organische Zustände vorübergehend gebessert oder gar beseitigt werden können — ein organischer Husten hört für einige Zeit auf, eine leichte Parese scheint geringer geworden zu sein, eine psychische Störung (der Aufmerksamkeit z. B.) läßt sich vorübergehend durchbrechen —, wurde schon erwähnt.

Anders steht es mit dem früher sehr beliebten diagnostischen Hilfsmittel: dem Kranken neue Symptome anzusuggerieren oder die alten zu verändern. Sehr bekannt geworden ist z. B. der Transfert, bei dem eine Sensibilitätsstörung durch Auflegen eines Metallstückes oder durch irgend einen anderen Hokus-Pokus von einer Seite auf die andere übertragen wurde. Solche Methoden sind für den wirklich Erfahrenen überflüssig; denn, wo sie zum Ziele führen, liegt die psychogene Natur des Leidens klar auf der Hand; in schwierigen Fällen sind sie irreführend, denn die suggestive Erzeugung eines neuen Symptoms beweist noch nicht den psychogenen Charakter des alten; und immer sind sie unerlaubt, weil wir kein Recht haben, zur Strafe für unsere diagnostische Unzulänglichkeit die Patienten noch kränker zu machen. Wir selbst gehen heute — mit Heilbronner u. a. — so weit, Gesichtsfeldaufnahmen ganz zu vermeiden und bei Sensibilitätsprüfungen größte Zurückhaltung zu üben, eben um nicht neue Krankheitszeichen hervorzurufen. Aus dem gleichen Grunde kann man bei der Aufnahme der Anamnese gar nicht vorsichtig genug sein.

Simulation. Die Unterscheidung von psychogenen und simulierten Symptomen ist im Prinzip unmöglich. Der psychologische Mechanismus, der beiden zugrunde liegt, ist völlig identisch bis auf den ersten Anstoß, der in dem einen Fall von einer bewußten Überlegung, in dem anderen von einer

mehr oder minder unklaren Autosuggestion ausgeht. Oft gestattet uns freilich die Art des Symptoms den Schluß auf eine pathologisch verstärkte Suggestibilität. Andererseits aber spricht selbst nachgewiesene Simulation noch nicht gegen Hysterie; denn auch hysterische Personen [1]) täuschen häufig mit voller Absicht Krankheitssymptome vor, lügen und betrügen die Umgebung. Umgekehrt denkt sich ein guter Simulant wie jeder Mensch, der aus irgend einer Ursache eine bestimmte Rolle durchzuführen beabsichtigt, in seine Aufgabe so lebhaft hinein, daß die psychogenen Folgen dieser Vorstellungen auch bei ihm fast automatisch ablaufen. Somit sind wir da, wo ein Interesse des betreffenden Menschen an seinen Krankheitssymptomen nachgewiesen ist, häufig ganz außerstande, das Maß seiner Verantwortlichkeit für die produzierten Symptome einzuschätzen. In solchen Fällen ist die Frage Hysterie oder Simulation keine medizinische, sondern eine moralische, und sie sollte streng genommen nicht lauten: „Liegt Simulation oder Krankheit vor?“ sondern vielmehr „Wie weit ist sich der „Kranke“ über das Wesen der von ihm gebotenen Symptome und über die Möglichkeit, sie zu unterlassen oder zu beseitigen, selbst klar?“

Dieses Ergebnis bedeutet praktisch eine schmerzhafte Resignation. Sie ist aber notwendig; denn die üblichen Simulationsproben, wie sie z. B. manche Augenärzte mit Hilfe des Stereoskops anwenden, sind nicht bloß Simulantenfallen, sondern auch Methoden zur Erkennung hysterischer Symptome. Sobald ein angeblich auf einem Auge blinder Mensch darüber getäuscht wird, mit welchem Auge er sieht, wird sich die organische Gesundheit seines Auges herausstellen müssen, gleichviel ob er vorher die von ihm (mit dem kranken Auge) nicht gesehenen Bilder auf psychogenem Wege aus seinem Bewußtsein verdrängt oder ihr Vorhandensein in seinem Bewußtsein nur in Abrede gestellt hat.

Krankhafte Triebe.

Namentlich praktisch spielen eine große Rolle diejenigen Willensstörungen, die durch pathologische Veränderungen der normalen Triebe hervorgerufen werden. Wir finden Störungen des Nahrungstriebes bei verblödeten Kranken, Idioten, Paralytikern, Senilen und Katatonikern. Verhältnismäßig häufig scheint das normale Sättigungsgefühl zu fehlen, so daß sich die Kranken durch eine Polyphagie im schnellsten Tempo mästen. Perverse Geschmacksempfindungen führen bei hysterischen und insbesondere bei graviden Frauen nicht selten zu eigentümlichen Gelüsten. Bei Neurasthenikern erschwert zuweilen die mangelnde Energie zum Essen, die trotz bestehenden Hungergefühls vorkommt, die Behandlung der Unterernährung.

„Suchten.“

Als selbständige Krankheitserscheinungen beobachten wir die „Suchten,“ die alle erst durch gesellschaftliche Einrichtungen und zum Teil durch ganz moderne Erfindungen möglich geworden sind; Trunksucht, Morphium- und Kokainsucht mögen als Beispiele dienen. Ihnen gemeinsam ist der Circulus vitiosus, vermöge dessen die Befriedigung der Sucht die Widerstandskraft des davon Betroffenen für die Zukunft herabsetzt und das Bedürfnis nach dem

[1]) Das heißt im Grunde doch nur solche, die an einem hysterischen Charakter leiden.

Gift steigert. Ein näheres Eingehen auf diese Störungen ist an dieser Stelle nicht erforderlich (vgl. Kap. VII).

Geschlechtstrieb.

Die Störungen des Geschlechtstriebes besitzen für die Diagnose der krankhaften Geisteszustände im großen und ganzen keine erhebliche Bedeutung. Wohl finden wir Anomalien dieser Art ziemlich häufig als Symptom bestimmter Krankheiten und noch häufiger als Anzeichen einer psychopathischen Anlage, aber selten werden wir aus der Art des krankhaften Triebes eine wirkliche klinische Diagnose ableiten können.

Es ist nicht ganz sicher, ob eine Steigerung des Geschlechtstriebes durch irgendwelche, im Leben erworbene Geisteskrankheiten hervorgerufen werden kann. Wahrscheinlich wird der Anschein einer erhöhten sexuellen Erregbarkeit wenigstens in der Mehrzahl der Fälle durch den Wegfall von Hemmungen hervorgerufen; so bei der Manie, bei der Paralyse und dem krankhaften Senium. Freilich sind diese Störungen auch in dieser Hinsicht untereinander nicht gleichwertig. Die sexuellen Ausschweifungen, die Paralytiker und Greise zuweilen begehen und die sie mitunter mit dem Strafgesetz in Konflikt bringen, sind fast immer die Folge der Urteilsschwäche, die den Kranken das Unerlaubte und das Gefährliche seiner Handlungen nicht einsehen läßt. Auch bei der Manie wird das Urteil durch die Oberflächlichkeit des Gedankenganges in Mitleidenschaft gezogen; dazu wirken hier die Erhöhung der affektiven Erregbarkeit und das aus ihr entspringende Kraftgefühl auf die Sexualsphäre ein. Immerhin wäre bei diesen Kranken daneben eine direkte Steigerung nicht nur des geschlechtlichen Bedürfnisses, sondern auch der sexuellen Funktionen wenigstens denkbar.

Für die Diagnose sind diese theoretischen Überlegungen gleichgültig; sie wird mit der Tatsache rechnen müssen, daß bei schweren Manien Ausschweifungen und bei leichten wenigstens die Klage des Patienten über eine erhöhte Bedürftigkeit an der Tagesordnung sind. (Als subjektiv lästiges Symptom wird eine Häufung von Erektionen und eine Steigerung des Bedürfnisses übrigens auch bei manchen neurasthenischen Zuständen angegeben.) Auch bei weiblichen Patienten tritt eine gewisse Erotik, wenn auch zumeist in feinerer, verschleierter Form, beinahe immer hervor.

Eine wirkliche Steigerung der Erregbarkeit finden wir — als angeborene Störung — zuweilen bei Imbezillen sowie bei manchen Psychopathen, die in seltenen Ausnahmefällen diese Besonderheit ihres Triebes mit den Normen unseres Gesellschaftslebens schlechterdings nicht in Einklang bringen können [1]). Vorübergehend wird eine Steigerung der Libido bei manchen epileptischen Erregungen beobachtet.

Eine Herabsetzung des Geschlechtstriebes oder gar eine Aufhebung der Potenz finden wir als Dauersymptom bekanntlich häufig bei der Tabes und der Paralyse sowie ferner bei manchen Imbezillen und Psychopathen, als vorübergehende Erscheinung bei allen traurigen Verstimmungen sowie beim Morphinismus z. B. Bei Frauen scheint eine abnorme Kälte

---

[1]) Einer meiner Patienten verkehrte bis zu 5 Malen täglich mit seiner Frau und ließ sich trotzdem noch Attentate auf junge Mädchen zuschulden kommen.



(Frigidität) isoliert oder in Verbindung mit anderen psychopathischen (hysterischen) Zügen nicht selten angeboren zu sein. Die eigentliche „nervöse“ Impotenz der Männer ist in der großen Mehrzahl der Fälle eine psychogene, d. h. sie beruht auf der Idee ihres Vorhandenseins bzw. auf dem Mangel an Unbefangenheit während des Aktes. Die starke Abhängigkeit dieser Funktion vom Vorstellungsleben macht es verständlich, daß sie auf mannigfache psychische Weise — auch bei nichthysterischen Individuen — gestört werden kann. Am häufigsten wirken im negativen Sinne die bekannte populäre Literatur über die Folgen der Onanie, frühere Mißerfolge beim Versuch etwa mit Prostituierten zu verkehren (Ekel!), Gewöhnungen aller Art usf. Darum sind auch manche Männer nur ihrer eigenen Frau gegenüber impotent, und aus der gleichen Ursache finden wir die Störung so häufig bei Gedankenonanisten.

Masturbation.

Von den qualitativen Veränderungen des Triebes spielt die Masturbation, die früher als häufige Ursache geistiger Erkrankungen angeschuldigt wurde, heute höchstens noch die Rolle eines gelegentlichen Symptomes. Für diesen Wandel der Anschauungen ist in erster Linie die Erfahrung maßgebend gewesen, daß die Onanie zum mindesten beim männlichen Geschlecht in den Entwicklungsjahren so häufig vorkommt, daß diejenigen Männer, die davon frei geblieben sind, als Ausnahmen betrachtet werden müssen. Es beweist also gar nichts, wenn ein psychisch erkrankter Mensch frühere Masturbation zugibt oder sich selbst ihrer beschuldigt. In den Selbstanklagen melancholischer und namentlich hypochondrischer Kranker kehrt dieser Vorwurf fast regelmäßig wieder. Als bedenklichem Symptom begegnen wir einer wirklich krankhaften Onanie bei manchen Psychopathen. Wo diese Art der Befriedigung schon vor dem 13. oder 14. oder gar schon im 3. Lebensjahr auftritt und dann über die Pubertätsjahre (ev. sogar in der Ehe) und exzessiv betrieben wird, da beweist sie eine ziemlich schwere nervöse Veranlagung. Diesen Kranken sieht übrigens der einigermaßen erfahrene Arzt ihr Leiden meist schon beim Eintritt an — ohne daß sich der Eindruck ihres blassen, scheuen, gequälten und doch in gewissem Sinne selbstbewußten Aussehens ganz erschöpfend schildern ließe. Fast pathognomonisch ist es auch, wenn sich jugendliche Patienten brieflich mit der Bitte anmelden, sie möchten des Abends ungesehen in die Wohnung des Arztes kommen dürfen. — Die Häufung masturbatorischer Exzesse im Beginn der Dementia praecox muß wohl einfach auf die moralische Abstumpfung und auf den Wegfall anderer Interessen zurückgeführt werden. Diagnostisch wichtig ist bei dieser wie bei anderen Formen der sexuellen Befriedigung besonders die Schamlosigkeit, mit der sie von ethisch abgestumpften Patienten (Schizophrenen, Paralytikern, Senilen) betrieben wird.

Masochismus, Sadismus, Fetischismus, Homosexualität.

Von den übrigen Perversionen sind die meisten oft als die Äußerungen einer spezifischen krankhaften Anlage aufgefaßt worden. Zu dieser Frage braucht hier nicht Stellung genommen zu werden. Sicher ist, daß wir alle Perversionen am häufigsten bei Personen treffen, die noch andere Züge einer abnormen Konstitution aufweisen. Im einzelnen seien genannt der Masochismus



und der Sadismus — Störungen, bei denen die Befriedigung entweder an das Mißhandeln des Gegenüber oder an das Erdulden eigener grober Mißhandlungen geknüpft ist —, der Fetischismus — bei dem vom Körper des anderen Geschlechts nur ein bestimmter Teil, das Haar, die Hand, der Fuß z. B., als Reiz wirkt — und die Homosexualität. Die meisten von diesen Formen sind leicht zu erkennen, und die eigentliche diagnostische Gefahr ist nur die, daß man strafrechtlich verfolgten Kranken zu viel von Behauptungen dieser Art glaubt. Hypochondrische Onanisten neigen übrigens auch selbst dazu, im Anschluß an ungeeignete Lektüre (Psychopathia sexualis etc.!) gewisse Neigungen bei sich zu entdecken, von denen in Wahrheit gar keine Rede ist. Aber auch das Gegenteil kommt vor: in leichteren und feiner gearteten Fällen wissen homosexuelle Patienten von ihrem Zustand selbst nichts oder beurteilen ihn wenigstens falsch; sie suchen ihren Verkehr beim gleichen Geschlecht und bekunden gewisse Neigungen, die dem anderen angehören, ohne sich über die Ursache dieser Eigentümlichkeiten klar zu werden. In solchen Fällen können dann die Träume wichtig werden, die in Begleitung von Pollutionen auftreten; in ihnen tritt gelegentlich die eigentliche Triebrichtung unverhüllt zutage. Mit großer Vorsicht müssen dagegen die Angaben der Patienten aufgenommen werden, die sich auf die Pubertätsjahre beziehen. Namentlich in Alumnaten kommt es in diesen Jahren der ersten unklaren Triebe zu erotisch gefärbten Beziehungen zwischen älteren und jüngeren Knaben, die zweifellos nicht als krankhaft aufgefaßt werden dürfen. Sie verschwinden in der Regel sofort, sobald die Gelegenheit zum Verkehr mit dem anderen Geschlecht geboten wird.

Sodomie, der Umgang mit Tieren, kommt bei Imbezillen und Epileptikern, außerdem aber nicht ganz selten auch bei psychisch gesunden, ästhetisch stumpfen Menschen vor.

Exhibitionismus.

Beinahe die einzige Form einer abnormen sexuellen Befriedigung, die uns gelegentlich zu einer wirklichen psychiatrischen Diagnose verhilft, ist der Exhibitionismus. Wir wissen durch Aschaffenburg, Leppmann u. a., daß die meisten Sittlichkeitsverbrecher überhaupt psychisch abnorm sind. Aschaffenburg fand unter 200 nur 45 völlig gesund und Leppmann unter 90 Notzüchtern und Kinderschändern nur 30 normal, obwohl sich senile Personen unter diesem Material nicht befanden. Noch ganz anders lauten aber die Zahlen beim Exhibitionismus, bei dem bekanntlich eine Befriedigung durch die Entblößung des männlichen Geschlechtsteiles vor weiblichen Personen zu erreichen gesucht wird. Nur ausnahmsweise begegnen wir dieser Verirrung bei gesunden, unerfahrenen jungen Männern, die auf diese Weise eine Anknüpfung zu erreichen hoffen, zu der ihnen sonst der Mut fehlt. In der Regel sind Exhibitionisten mindestens zur Zeit der Tat geisteskrank — wenn auch nicht immer unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 St.G.B. So fand Seiffert unter 86 Fällen 18 Epileptiker, 17 Demente, 13 Degenerierte, 8 Neurastheniker, 8 Alkoholiker und 10 mal verschiedene andere krankhafte Zustände. Die 11 Fälle von gewohnheitsmäßigem Exhibitionismus aber, die er aufführt, werden als Psychopathen aufgefaßt werden müssen. Daß wir in dieser Reihe die Epilepsie an erster Stelle finden, entspricht den auch an anderen Orten gemachten Er-

fahrungen; übrigens beobachten wir exhibitionistische Akte außer bei verblödeten Katatonikern und Senilen auch in der Anstalt nicht ganz selten bei Epileptikern im Dämmerzustand vor und nach oder an Stelle eines Anfalles. In solchen Fällen ist also die sexuelle Perversion ein Symptom der Bewußtseinstrübung und eben deshalb ist sie diagnostisch nicht gleichgültig. Namentlich wenn sich der gleiche Vorgang bei ein und demselben Individuum in gleicher Form, gewissermaßen mit photographischer Treue, mehrmals wiederholt, werden wir an Epilepsie denken müssen; natürlich besteht dann in der Regel Erinnerungslosigkeit.

Der Exhibitionismus beim Weibe spielt aus naheliegenden Gründen in der gerichtlichen Praxis so gut wie gar keine Rolle. In den Anstalten ist er gar nicht selten, aber hier muß er psychologisch durchaus anders bewertet werden als sein männliches Analogon. Wenn gemütlich oder intellektuell verblödete oder auch manische Frauen dem Arzt ihre Brüste demonstrieren, so werden wir uns daran erinnern müssen, daß körperliche Entblößungen im Dienste der feineren Äußerungsformen des Geschlechtstriebes etwas Alltägliches sind und nur wegen ihrer Alltäglichkeit nicht mehr als anstößig empfunden werden (Hoche). Nur die ästhetische und ethische Abstumpfung macht in den Irrenanstalten aus der feinen Form eine grobe.

Impulsive Handlungen.

Unter impulsiven Handlungen verstehen wir solche, die ein krankhafter Antrieb dem Bewußtsein mit so elementarer Gewalt aufdrängt, daß er durch die Kritik des Kranken nicht mehr aufgehalten und unterdrückt werden kann. Dadurch unterscheidet sich diese Störung von dem Handeln aus Zwangsvorstellungen (s. S. 157). Kommt es beim impulsiven Irresein überhaupt zu einem Kampf der Motive, so bleibt doch beinahe immer der krankhafte Antrieb siegreich, während die Zwangsvorstellungen bekanntlich nur dann zu Handlungen führen, wenn diese verhältnismäßig harmlos und ungefährlich sind. Es handelt sich also bei den impulsiven Handlungen weniger um eine Anomalie des Denkens als um wirkliche Störungen des Willens; dementsprechend werden sie von den Kranken gewöhnlich auch nachträglich entweder gar nicht oder sehr unzulänglich psychologisch motiviert.

Freilich ist die Zahl der reinen, hierher gehörigen Fälle nicht groß. Wenn wir alles abziehen, was als Handlungen aus krankhaften Voraussetzungen und insbesondere als Zwangshandeln, als Ausfluß epileptischer und sonstiger Bewußtseinstrübungen oder endlich als Symptom einer katatonischen Erregung aufgefaßt werden kann, so bleiben verhältnismäßig wenige Beobachtungen übrig. Auch diese rechtfertigen die Annahme von „Monomanien" im Sinne der alten Psychiatrie nicht; denn immer finden wir neben den krankhaften Impulsen noch andere psychopathologische Symptome, die die betreffenden Patienten zum mindesten der großen Gruppe der Psychopathen zurechnen lassen.

Pyro- und Kleptomanie.

Als Beispiele seien die Pyromanie und die Kleptomanie genannt. Keineswegs alle Fälle, in denen aus krankhafter Ursache Feuer angelegt oder aus pathologischen Voraussetzungen gestohlen wird, gehören hierher. Der

literarisch viel behandelte Fall z. B., in dem jugendliche und intellektuell noch wenig entwickelte Dienstmädchen das Gehöft ihrer Herrschaft anzünden, läßt sich psychologisch zumeist recht wohl erklären. Hier handelt es sich um einen Zustand von Heimweh, von innerer Unruhe und Angst, der schließlich zu einer leichten Bewußtseinstrübung oder wenigstens zu einer weiteren Schädigung des an sich noch unentwickelten Urteils führt. Wenn der Versuch, eine subjektiv unerträgliche Situation durch die radikale Beseitigung des Aufenthaltsortes zu beenden, dem Verständnis des gesunden Erwachsenen auch ziemlich fern liegt, so darf er darum doch nicht als motivlos angesehen werden. Genau so sind die vielleicht noch häufigeren Fälle zu beurteilen, in denen allzu jugendliche Kindermädchen das ihnen anvertraute Kind vergiften oder erdrosseln, um auf diese Weise von der Stelle fort und wieder nach Hause zu kommen.

Aber es gibt andere Fälle. Zuweilen begehen bestimmte Personen und zwar zumeist Männer immer wieder Brandstiftungen, ohne daß sich irgend ein verständlicher Anlaß außer vielleicht einer instinktiven Freude am Feuer wahrscheinlich machen ließe. Die Kranken geben dann an, sie wüßten nicht, warum sie die Straftat begangen hätten; es sei plötzlich über sie gekommen, und nun hätten sie handeln müssen. Die Entdeckung in früheren Fällen und selbst langjährige Zuchthausstrafen geben in den reinen Fällen ein Gegenmotiv nicht ab. Hier tritt also der Impuls wirklich mit elementarer Gewalt auf.

Nach der Tat besteht bei manchen von diesen Patienten eine mehr oder minder vollständige Amnesie, und diese Fälle wird man vielleicht der Epilepsie zurechnen dürfen. Bei anderen, bei denen spezifisch epileptische Antezedentien fehlen und eine Bewußtseinstrübung zur Zeit der Tat nicht wahrscheinlich ist, finden sich wieder gewisse allgemeine Zeichen einer psychopathischen Anlage; viele sind imbezill, körperlich und geistig unentwickelt; einige haben an gelegentlichen psychogenen Symptomen oder an Bettnässen gelitten, manche sind konstitutionell ängstlich, noch andere wieder alkoholintolerant, sexuell abnorm usf.

Bei der Diagnose der Kleptomanie ist aus naheliegenden Gründen noch größere Vorsicht am Platze als bei der Pyromanie. Wo es sich überhaupt um ein pathologisches Geschehen handelt, liegen seine Ursachen entweder in epileptischen oder noch häufiger in hysterischen Zuständen. Bei hysterischen Frauen ist zumeist der Reiz des Verbotenen oder die Sucht nach Sensation maßgebend. Gelegentlich geben wohl auch leichte Trübungen des Bewußtseins zu Diebstählen Anlaß, denen die durchschnittliche Psyche des betreffenden Kranken fremd gegenübersteht. Daß Imbezille, Paralytiker und Senile sich zuweilen aus Mangel an Urteil alles aneignen, was ihnen gefällt, bedarf keiner Begründung; ebenso, daß der Fortfall von Hemmungen bei manischen Kranken gelegentlich Diebstähle zeitigt. Daß alle impulsiven Handlungen bei Schizophrenen vorkommen können, wurde schon früher erwähnt; im allgemeinen sind hier allerdings Gewalttaten, einschließlich des Brandstiftens, häufiger als Diebstähle. — Nach Abzug aller dieser Fälle bleiben wieder einige wenige übrig, in denen wir um die Annahme eines impulsiven, d. h. im eigentlichen Sinne motivlosen Handelns in der Tat nicht herumkommen. Für die Beurteilung der in Frage kommenden Persönlichkeiten gilt dasselbe, was oben über die an Pyromanie leidenden gesagt wurde.

Apraxie[1].

Unter Apraxie verstehen wir „die Unfähigkeit, die Glieder so zu bewegen, daß die Bewegungsabsichten des Kranken verwirklicht werden, so daß selbst ganz geläufige Bewegungskombinationen (erlernte Fähigkeiten) nicht zustande kommen — ohne daß doch Lähmung oder Ataxie die zureichende Ursache abgibt“ (Liepmann).

Voraussetzung der Diagnose der Apraxie ist also zunächst, daß Lähmung oder Ataxie nicht vorliegen. Unter Ataxie verstehen wir bekanntlich eine Störung im Zusammenarbeiten der Muskeln derart, daß die Bewegungen nicht mehr zweckmäßig abgestuft werden und nicht in richtiger Stärke erfolgen. Ihr Prototyp ist der stampfende, ausfahrende Gang bei der Tabes. Bei der Ataxie handelt es sich also stets um die Störung eines unbewußt ablaufenden Bewegungsmechanismus, der bekanntlich reflektorisch geregelt wird. Aus dieser Definition geht schon hervor, daß die Grenzen zwischen (zerebraler) Ataxie und bestimmten (gliedkinetischen) Formen der Apraxie nicht ganz scharf sein können. Wenn z. B. Innervationen verloren gehen, die wie das Pfeifen und Pusten zwar auf dem Zusammenwirken mehrerer Muskeln beruhen, aber doch vom Gehirn ohne bewußte Zutat fertig geliefert werden, so könnte man das allenfalls auch Ataxie nennen; solange der Defekt aber nicht bloß in einer ungeschickten, unsicheren Ausführung der richtig angelegten Bewegung, sondern in dem wirklichen Fehlen der Innervation besteht, wird man ihn doch besser zur Apraxie rechnen — es sei denn, daß man ihn einfach als Lähmung auffassen will.

Bei den übrigen Apraxieformen läßt sich der Nachweis, daß eine Lähmung nicht vorliegt, verhältnismäßig leicht führen. Gelegentlich liefern die Kranken durchaus korrekte Bewegungen, nur erfolgen sie nicht zur richtigen Zeit und an der richtigen Stelle. Der Kranke soll ein Streichholz anzünden und steckt es anstatt der Zigarre in den Mund, oder er soll militärisch grüßen und versagt, obwohl er alle dazu erforderlichen Muskeln an und für sich zu innervieren vermag.

Nach Liepmann unterscheiden wir die ideatorische von der motorischen Apraxie und trennen diese noch weiter in die ideokinetische und die gliedkinetische Apraxie.

Bei der ideatorischen Apraxie vermag der Kranke schon den Bewegungsentwurf, die gedankliche Vorbereitung der Bewegung, nicht aufzubringen. Dazu kommt es, wenn seine Aufmerksamkeit schwer gestört ist, oder wenn ihm bestimmte Partialgedächtnisse, wie das optische oder das kinetische, verloren gegangen oder wenigstens die Verbindungen zwischen den Substraten dieser Gedächtnisse verlegt sind. Dementsprechend ist diese Form der Apraxie fast immer mit agnostischen Störungen verbunden (und früher sogar immer als bloße „Asymbolie“ aufgefaßt worden). Die Einzelheiten der Bewegung sind richtig, aber sie reihen sich in falscher Folge aneinander, erfolgen am falschen Objekt, oder es werden einzelne Teile ausgelassen. Ein Paralytiker versucht z. B. das Bettuch als Hose oder die Hose als Hemd anzuziehen, andere Kranke kommen aus dem Hemd, das sie wechseln wollen, nicht heraus, weil sie vergessen, die Arme aus dem Ärmeln

[1]) Der Abschnitt lehnt sich an Liepmanns Darstellung an.



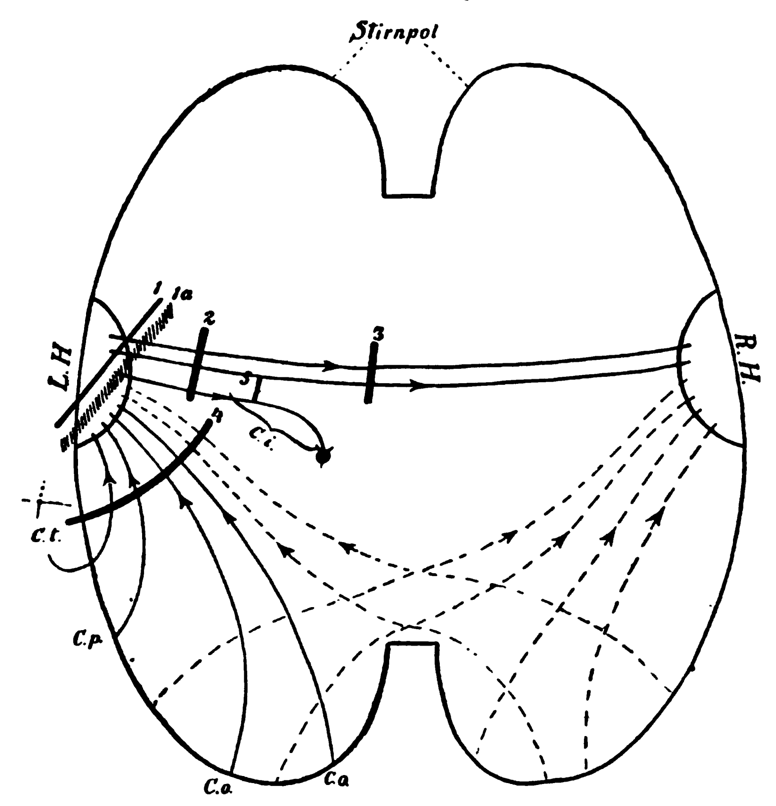


Abb. 21. Horizontales Schema der apraktischen Störungen (Liepmann).

L. H. linkshirniges Zentrum der rechten Hand.

R. H. rechtshirniges Zentrum der linken Hand.

C. o., C. p., C. t. kortikaler Ursprung der okzipitalen, parietalen und temporalen Assoziationsfasern zum linkshirnigen Handzentrum. Die entsprechenden Assoziationswege zum rechtshirnigen Handzentrum, ebenso die aus der rechten Hemisphäre nach der linken ziehenden sind rot gestrichelt, um ihre untergeordnete Bedeutung zu kennzeichnen. Die Balkenverbindungen zwischen L. H. und R. H. sind durch 2 ausgezogene rote Linien markiert. Die blaue Linie, welche am Ende des Pfeiles die Ebene der Figur verläßt, stellt die Projektionsfaserung von L. H. dar.

Der Weg für Zweckbewegungen der rechten Hand geht von C. o., C. p., C. t. über L. H. durch die blaue Linie in die Vorderhornzellen des Halsmarkes. Für Zweckbewegungen der linken Hand vorwiegend von C. o., C. p., C. t. über L. H. durch den Balken nach R. H.; ein Nebenweg führt durch die rotgestrichelten Linien nach R. H.

1 der Herd, der L. H. vollkommen zerstört: Lähmung der rechten und Dyspraxie der linken Hand.

1a Leichtere Läsion von L. H., welche nicht bis zur Lähmung führt, sondern nur den amnestischen Besitz von L. H. vernichtet: gliedkinetische Apraxie der rechten und Dyspraxie der linken Hand.

2 Lähmung der rechten und Dyspraxie der linken Hand.

3 (Balkenherd) Dyspraxie der linken Hand.

4 (Herd hinter dem Handzentrum im Scheitellappen) ideo-kinetische Apraxie der rechten und Dyspraxie der linken Hand.

Weiter hinten gelegene Herde der linken Hemisphäre und diffuse Prozesse bewirken oft ideatorische Apraxie.

5 Kapselherd bewirkt Lähmung der rechten Hand ohne Dyspraxie der linken zu machen.

zu ziehen und nun das Hemd vergeblich über den Kopf stülpen. Häufig sehen die Entgleisungen aus, als wenn sie durch Zerstreutheit bedingt wären — denn auch der Gesunde kann einmal das Petschaft an Stelle des Siegellacks in die Flamme halten, um es dann auf den Brief zu drücken (Liepmann), ebenso wie er sich aus gleicher Ursache häufig verspricht.

Bei der motorischen Apraxie ist der Bewegungsentwurf stets erhalten; aber er kann nicht vollständig ausgeführt werden, entweder weil die Verbindungen zum sensumotorischen Zentrum unterbrochen sind, oder weil dieses Zentrum selbst erkrankt ist.

Im ersten Falle, bei der ideokinetischen Apraxie reißt die Erkrankung also Bewegungsentwurf und Gliedkinematik auseinander (Liepmann). Der Kranke will das Richtige schreiben, und die Buchstaben, die er tatsächlich schreibt, sind jeder für sich auch korrekt, aber er schreibt falsche Buchstaben, ebenso wie er einen vorgezeichneten geraden oder senkrechten Strich nicht nachzeichnen kann. Denn natürlich muß sich diese Form der Apraxie auch auf das Nachmachen vorgemachter Bewegungen erstrecken.

Die gliedkinetische Apraxie wird durch leichte Läsionen der Gliedzentren herbeigeführt, deren schwere Verletzung natürlich zur Lähmung führt. Sie äußert sich demgemäß darin, daß die groben Bewegungen unpräzis und ungelenk erfolgen, und daß feinere Fertigkeiten (Nähen, Pusten, Pfeifen) ganz verloren gehen (s. o.).

Für die lokaldiagnostische Bedeutung der Apraxie ist der von Liepmann geführte Nachweis wichtig geworden, daß wir in ihr in erster Linie den Ausdruck einer linksseitigen Gehirnläsion zu erblicken haben. Auf Einzelheiten kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden; es steht aber fest, daß das Armzentrum der linken Hemisphäre eine besondere Bedeutung nicht nur für die Bewegungen des rechten Armes, sondern auch anderer beweglicher Teile, zum mindesten jedoch des linken Armes besitzt. Dementsprechend finden wir bei sehr schweren Läsionen dieses Zentrums neben der Lähmung der rechten Hand auch eine Apraxie der linken, während eine geringgradige Verletzung desselben Areals zu einer (gliedkinetischen) Apraxie der rechten und zu einer Dyspraxie der linken Hand führt. Die übrigen Möglichkeiten, die für die Psychiatrie natürlich nur sekundäre Bedeutung besitzen, müssen in Liepmanns Schema nachgesehen werden.

VI. Störungen der Sprache und Schrift.

Bei den Störungen der Sprache unterscheidet man zweckmäßig die artikulatorischen, die aphasischen und die psychisch bedingten. Die Grenzen zwischen diesen Störungen sind freilich nicht scharf. Ausgedehnte Schädigungen der linken Hirnrinde und bestimmter Partien des Stabkranzes können sowohl zu aphasischen wie zu artikulatorischen Symptomen Anlaß geben, und bei den sprachlichen Störungen der organischen Psychosén (Paralyse, senile Demenz, Arteriosklerose) bleiben wir häufig im Zweifel, ob und wieweit sie durch intellektuelle Ausfälle oder durch eine Beeinträchtigung der inneren oder der motorischen Sprache hervorgerufen worden sind. Pierre Marie hat vor ein paar Jahren behauptet, alle Aphasie sei nichts als eine Form oder ein Ausfluß der Demenz. Das ist gewiß falsch, aber richtig ist, daß schwere Aphasien zu einer Schädigung der intellektuellen Leistungen auch dann führen müssen, wenn die ihnen zugrunde liegenden organischen Störungen eine solche Demenz durch anders lokalisierte Schädigungen nicht bedingen.

Artikulatorische Sprachstörungen.

Artikulatorischen Störungen begegnen wir ziemlich gesetzmäßig bei der progressiven Paralyse; die allgemeine motorische Schwäche betrifft auch die Sprachmuskulatur. Schon früh fängt die Stimme an, zu vibrieren, unsicher und namentlich bei gemütlicher Rührung zittrig zu werden; sie verliert ihre Betonung, die Modulationsfähigkeit, wird monoton und zumeist etwas leise und matt und schließlich fängt sie an, langsamer zu werden. Zum Teil ist diese Verlangsamung eine halb unbewußt vollzogene Schutzmaßnahme des Kranken, der die Unsicherheit seiner Sprache zu verdecken sucht und so vorsichtig ein Wort hinter das andere stellt. Häufig kommt aber auch nur die allgemeine Müdigkeit und Schwäche in dieser Verlangsamung zum Ausdruck. In den schwereren Fällen tritt zu diesen Symptomen die Verwaschenheit der Sprache, das Silbenstolpern und die Logoklonie; die Silben werden nicht scharf gegeneinander abgesetzt, fließen ineinander und einzelne werden ganz verschluckt; die Kranken bleiben an manchen Buchstaben wie namentlich am L („Flanell-Lappen") hängen oder wiederholen die letzten Silben eines Wortes mehrere Male hintereinander. Man pflegt diese Störungen mit bestimmten Testworten nachzuweisen, wird aber beachten müssen, daß Worte wie „dritte reitende Feldartillerie-Brigade" oder „Donau-Dampfschiffahrts-Gesellschaft" auch von organisch gesunden, nur nervösen, aufgeregten Personen nicht immer

ganz richtig gesprochen werden; zudem tritt die Gesamtheit der paralytischen Sprachstörungen gewöhnlich viel deutlicher zutage, wenn man die Kranken veranlaßt, etwa einen Abschnitt aus der Zeitung vorzulesen.

Der paralytischen recht ähnlich ist zuweilen die Sprache schwerer Trinker. Auch hier kommt es zum Verlust der Modulation und zu einem mehr oder minder starken Tremor der Stimme. Immerhin ist eigentliches Silbenstolpern doch nicht häufig, oder wenigstens haben das Lallen der Betrunkenen und das Sichüberstürzen der alkoholistisch Degenerierten noch ihre besondere Färbung, die sich freilich in der Beschreibung schlecht wiedergeben läßt.

Bei der arteriosklerotischen Demenz richtet sich die Form der artikulatorischen Störung, wenn es zu dieser kommt, natürlich nach dem Sitz der Herde. Im ganzen kann gerade das Fehlen der spezifisch paralytischen Sprachveränderungen in vielen Fällen die Diagnose erleichtern, und wo schwere artikulatorische Störungen doch beobachtet werden, vereinigen sie sich häufig mit anderen bulbären Symptomen zum Bilde der Pseudobulbärparalyse. Diese tritt natürlich immer dann auf, wenn alle zentralen Verbindungen der Bulbärkerne unterbrochen sind, gleichviel an welcher Stelle des Verlaufs der Bahnen die betreffenden Herde liegen. Der Unterschied der echten Bulbärparalyse gegenüber (auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann) liegt in dem Fehlen von Entartungsreaktion und Atrophie in der Zunge; weil das periphere motorische Neuron intakt bleibt, kann es zu solchen Ausfällen nicht kommen.

Die Sprache der Greise ist aus dem täglichen Leben hinreichend bekannt. In ausgesprochen krankhaften Fällen wird sie noch müder, zittriger und der Tonfall noch weinerlicher, als es schon beim physiologischen Senium häufig der Fall ist.

Eine häsitierende und zugleich leicht singende Sprache, die sich wohl am besten mit dem trivialen Ausdruck der schweren Zunge kennzeichnen läßt, finden wir nicht selten bei alten Epileptikern. Freilich wird der Eindruck dieser Sprachstörung häufig durch die psychische Schwerfälligkeit und durch Zungenbisse hervorgerufen oder wenigstens verstärkt. Immerhin muß daneben eine Verlangsamung und eine Erschwerung der Artikulation als häufiges Vorkommnis angenommen werden.

Die Sprache der multiplen Sklerose wird bekanntlich seit langem als skandierend bezeichnet. Der Ausdruck ist nur für die schwersten Fälle berechtigt, deren Entwicklung die Diagnose heute nicht mehr abzuwarten pflegt. In ihnen skandieren die Kranken, d. h. sie teilen ihre Sätze in kurze Abschnitte ein, um Entgleisungen zu vermeiden; denn ihre Sprache wird ebenso unsicher wie die Bewegungen des Augapfels und des übrigen Körpers. Die eigenartige Form von Parese, die diese Krankheit auszeichnet, betrifft auch die Sprachmuskeln, aber dadurch wird die Sprache längst holprig, stockend und zitternd, ehe sie eine skandierende wird.

Auf das eigentliche Stottern kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Erwähnt sei nur, daß die Formen, die darin beobachtet werden, unter sich nicht gleichwertig sind. Es gibt organische Fälle, die ihren Ursprung einer alten zerebralen Kinderlähmung verdanken, und zweifellos psychogene, die nur von der Idee, bestimmte Konsonanten nicht artikulieren zu können,

abhängen, und sehr wahrscheinlich liegen zwischen diesen beiden Extremen noch mehrere andere Formen.

Auch bei der Imbezillität finden wir je nach dem Grade und der besonderen Form der Störung verschiedene krankhafte Sprachtypen. Häufig ist die Artikulation durchaus intakt; am anderen Ende der Reihe stehen die Idioten, die über gewisse elementare, „unartikulierte" Laute überhaupt nicht hinauskommen. Dazwischen liegen die Fälle mit Stottern, die mit sich übersprudelnder hastiger, wenig differenzierter Sprache, die, in denen langsam und mühsam Silbe für Silbe gebildet wird, und endlich diejenigen, in denen ein Wolfsrachen oder eine hypertrophische Rachenmandel z. B. die Sprache in einer Weise verändern, die mit der psychischen Störung direkt nicht zusammenhängt.

An die psychogene Aphonie braucht nur erinnert zu werden.

Aphasie[1]).

Schon ziemlich lange ist bekannt, daß aphasische Störungen an Läsionen der linken Hemisphäre gebunden zu sein pflegen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben diesen Satz wesentlich ausgedehnt, so daß wir heute ganz allgemein von einer Vorherrschaft der linken Hemisphäre für alle höheren motorischen Leistungen sprechen können. Nicht bloß, wie man zuerst meinte, alle sprachlich ausgelösten Bewegungen auch der linken Hand, sondern überhaupt alle Bewegungen werden, wie Liepmann zeigen konnte, von einem beiden Extremitäten gemeinsamen Zentrum in der linken Hemisphäre beherrscht. So deutet nicht bloß die Aphasie, sondern auch die Apraxie auf einen linksseitigen Hirnherd, mit der Einschränkung freilich, daß sich Linkshänder umgekehrt verhalten wie normale Menschen. Daß unter bestimmten Umständen eine Stellvertretung der linken Hemisphäre durch die rechte (bei Linkshändern der rechten durch die linke) möglich ist, wird später noch erwähnt werden müssen.

Die eigentliche Begründung der wissenschaftlichen Aphasielehre verdanken wir Broca, der die motorische Aphasie (Aphemie) auf eine Läsion der linken dritten (untersten) Stirnwindung zurückführen konnte. Weitere Untersuchungen haben gezeigt, daß außer dieser Windung noch die vordere Partie der Insel und das Operkulum für die motorische Sprache in Betracht kommen.

Den nächsten großen Schritt vorwärts tat Wernicke mit der Abgrenzung der sensorischen Aphasie und dem Nachweis, daß diese Störung durch eine Verletzung der ersten Schläfenwindung zustande komme. Auch das von Wernicke abgegrenzte Rindenareal ist durch spätere Untersuchungen nicht unerheblich ausgedehnt worden, so daß das sensorische Sprachzentrum heute zum Teil auch in der zweiten Temporalwindung, im Gyrus supramarginalis und vielleicht auch im Gyrus angularis gesucht werden muß. Es kämen also hierfür das gesamte hintere Drittel des Schläfenlappens und ein Teil des Scheitellappens in Betracht.

(Über die anatomischen Verhältnisse im einzelnen mag die Liepmann entnommene Abbildung 22 Auskunft geben.)

Die Hoffnungen, die sich an die Entdeckung dieser Sprachzentren für die Lokalisation der Aphasie und der normalen Sprache ursprünglich geknüpft hatten,

---

[1]) Die folgende Darstellung lehnt sich eng an die von Liepmann in Curschmanns Lehrbuch der Nervenkrankheiten an.

sind nur zum Teil in Erfüllung gegangen. Der Versuch, alle klinischen Einzelformen der Aphasie nach rein anatomischen Grundsätzen abzugrenzen und umgekehrt die klinischen Folgen einer tatsächlich gefundenen, eng beschränkten Gehirnläsion schematisch abzuleiten, ist nicht gelungen. Die Darstellung der Aphasie ist dadurch um vieles schwieriger geworden, als sie es vor einigen Jahren noch zu sein oder wenigstens zu werden schien. Von der Mitteilung eines Schemas, das den anatomischen Verhältnissen genau entspricht, muß sie ganz absehen.

Wohl aber werden wir von der grundsätzlichen Scheidung der motorischen und der sensorischen Aphasie auch heute noch ausgehen dürfen. Allgemeine Erwägungen zwingen uns freilich zu der Vorsicht, die negative Feststellung

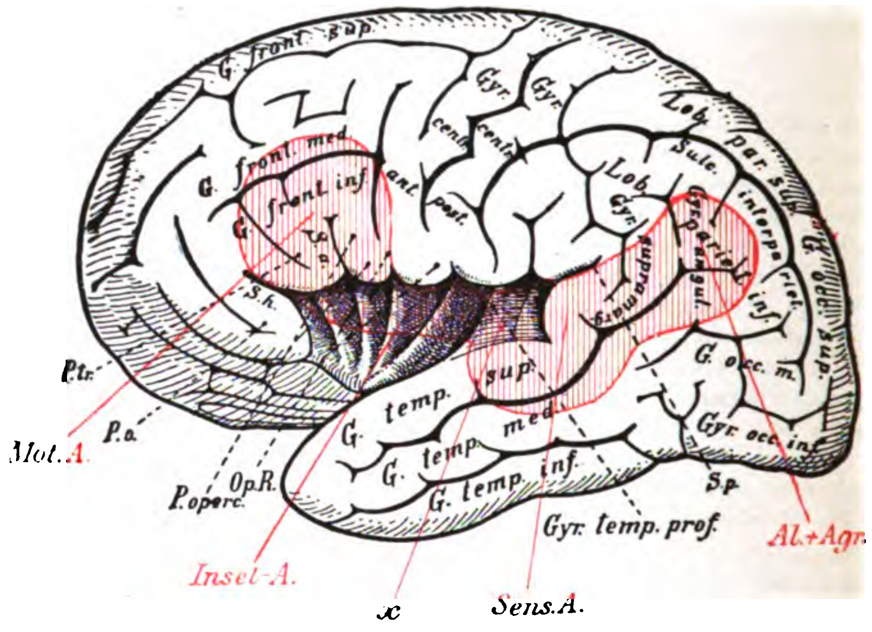


Abb. 22. (Liepmann). Die Sprachregion (rot).
Mot. A. = Motorische Aphasie. Insel A. = Inselaphasie. Sens. A. = Sens. Aphasie. Ein Herd in X (in der temporalen Querwindung) macht vielleicht reine Worttaubheit. Al. + Agr. = Alexie = Agraphie.

nicht zu einer positiven umzugestalten; von einer Lokalisation bestimmter Störungen des Sprechens dürfen wir reden, die normale Sprache selbst zu lokalisieren haben wir kein Recht. In der Wernickeschen Stelle sowohl wie in der Brocaschen kennen wir Rindenteile, deren Läsion Schädigungen der Sprache mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit nach sich zieht; selbstverständlich müssen also diese Stellen für das normale Sprechen hervorragend wichtig sein. Die Annahme aber, daß sich die physiologischen Korrelate dieser Leistung ausschließlich an diesen Stellen abspielten, würde einen Denkfehler bedeuten. Ihn zu begehen wäre auch aus klinischen Gründen bedenklich, weil er uns die Erkenntnis verschließen müßte, daß gelegentlich auch die Verletzung anderer Gehirnpartien aphasische Störungen bedingen kann.

Psychologisch haben wir aus den bei der Aphasie gemachten Erfahrungen

die Teilung der Sprache in ihren sensorischen und ihren motorischen Anteil abzuleiten gelernt. Zum Sprechen gehört das Verständnis des gesprochenen Wortes und die Möglichkeit, es selbst zu bilden; beide Fähigkeiten können durch pathologische Vorgänge an der Wernickeschen oder an der Brocaschen Stelle isoliert getroffen werden. Wer an motorischer Aphasie leidet, hört nicht nur wie ein Gesunder, sondern er erkennt die Laute auch wieder; er besitzt die Erinnerungen an früher gehörte Worte, und wenn diese Erinnerungen wach gerufen werden, erwecken sie zu dem gehörten Wortklang auch den Wortsinn; dagegen fehlt die Fähigkeit, selbst Worte zu bilden, und zwar — in den nicht sehr häufigen, ganz reinen Fällen — ohne daß die Innervation der gesamten Sprachmuskulatur an sich irgendwie Not gelitten hätte. Ein solcher Kranker kann mit seinen Lippen, mit seiner Zunge und mit seinem Kehlkopf jede Bewegung ausführen; keine Lähmung hindert ihn daran; aber er hat das Gedächtnis für das Verfahren verloren, das zum Aussprechen eines Wortes eingeschlagen werden muß (Liepmann). Wir haben bei der Apraxie, von der die motorische Aphasie eigentlich nur eine Teilerscheinung darstellt, etwas ganz Ähnliches kennen gelernt.

Ganz anders die sensorische Aphasie. Hier ist primär nicht die motorische Sprache geschädigt, und wenn wir sie gewöhnlich doch in charakteristischer Weise verändert finden, so beweist das nur ihre Abhängigkeit von der inneren Sprache, der sensorischen Funktion. Die Kranken können sprechen und sie sprechen häufig sehr viel, und sie können auch hören, aber sie verstehen die Worte nicht mehr und begreifen nichts von dem, was man zu ihnen sagt. Die Wortklangerinnerungen sind verloren gegangen, und so verhalten sich die Patienten ihrer eigenen Muttersprache gegenüber wie einer total fremden; sie hören die Laute, aber diese Laute erwecken keinen Begriff, eben weil sie keine Erinnerungen mehr auslösen.

Nun wurde schon angedeutet, daß eine Schädigung der sensorischen Sprache auch die motorische häufig in Mitleidenschaft zieht. Das bestätigt die schon aus anderen Gründen wahrscheinliche Annahme, daß auch beim motorischen Sprechen die innere, die sensorische Sprache beinahe immer mit tätig ist. Möglicherweise erlangen die rein motorischen Leistungen bei manchen, sprachlich sehr gewandten Menschen eine gewisse Selbständigkeit, so daß sie gewissermaßen von den Gedanken direkt in Betrieb gesetzt werden können, ohne daß der Umweg über die sensorische Sprache erst eingeschlagen werden müßte. Aber solche Fälle sind sicherlich selten, im allgemeinen geht der Weg vom Vorstellen und Denken zum lauten Sprechen über die innere Sprache. In dem unten mitgeteilten Schema soll auch dieser Tatbestand angedeutet werden.

Von der Intaktheit der Sprachregionen in der Hirnrinde hängt nun weiter auch die Möglichkeit der Schriftsprache ab. Da unsere Schrift zwar eine phonetische ist, ihre Zeichen aber nicht bloß einzelne Laute, sondern auch einzelne Buchstaben andeuten, so ist sie, außer an die Wortlaut-, auch an die optische (Buchstaben-) und gewöhnlich noch an die Wortbewegungserinnerung gebunden. Die Schriftsprache kann also von drei Angriffspunkten aus geschädigt werden. Freilich erleidet diese Regel Ausnahmen; manche Patienten ertragen den Verlust der motorischen Spracherinnerungen, ohne in der Schriftsprache Einbuße zu erleiden (Liepmann). Das motorische „Schreibzentrum“ müssen wir natürlich in dem für die Hand reservierten Teil der motorischen Zone suchen.

Wollen wir die so gewonnenen Daten in ein Schema eintragen, so werden wir am besten das von Liepmann benutzen, das freilich noch einer kurzen Erläuterung bedarf. Der Buchstabe B ist mit Begriff übersetzt, es ist also klar, daß er kein „Zentrum" bedeuten kann; denn wo die Gesamtvorstellungen und die Begriffe in der Hirnrinde ihre materielle Vertretung besitzen, das wissen wir nicht. Die Möglichkeit zu denken kann uns natürlich durch die Verletzung einer eng begrenzten Partie der Hirnrinde nicht genommen werden. Wollten wir also das B des Schemas lokalisieren, so würden wir es in der gesamten Hirnrinde tun müssen.

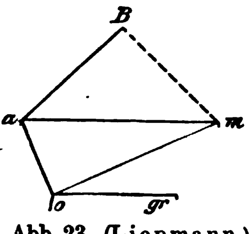


Abb. 23. (Liepmann.)

B = Begriff
a = akustische Komponente
m = sprechmotorische Komponente.
o = optische Komponente.
gr = graphisch-motorische Komponente.

Die starke Verbindung von B nach a im Gegensatz zu der nur gestrichelten von B nach m soll andeuten, daß die motorische Sprache in der Regel nicht direkt ohne Vermittlung der sensorischen, von den Gedanken aus in Tätigkeit versetzt wird.

In o würden wir das optische Buchstabenbild eines Wortes zu erblicken haben. Es muß Verbindungen zu beiden Sprachregionen besitzen, während die graphisch-motorische Komponente des Schreibens normalerweise nur durch Vermittlung des Lesens erregt wird.

Auch zu diesem rein psychologisch gedachten Schema müssen noch mehrere Vorbehalte gemacht werden. Zunächst ist es wie jedes Schema zu einfach. Es gibt die Tatsache nicht wieder, daß das sensorische Sprachzentrum auch, und zwar in erster, Linie, durch die Hörbahn, das optische Wortbild natürlich zunächst vom Auge aus erregt wird; ebenso wie es die motorischen Bahnen vom Brocaschen Zentrum zur Zunge und zum Kehlkopf und vom Schreibzentrum zur Hand nicht andeutet. Wollen wir in der nächsten, ebenfalls Liepmann entnommenen Figur alle diese (man könnte sagen: auswärtigen) Verbindungen noch eintragen, so werden wir eine anatomisch-klinische Erfahrung nicht unberücksichtigt lassen dürfen, die nämlich, daß offenbar weder die akustischen Erregungen des Hörnerven direkt zur Wernickeschen Stelle noch die motorischen der Brocaschen Partie unmittelbar zu den Bulbärkernen geleitet werden. Der erste Teil dieser Behauptung wird ja schon dadurch wahrscheinlich gemacht, daß es außer dem linken auch ein rechtes Hörzentrum gibt, während die sensorische Sprache im wesentlichen nur links vertreten ist. Aber auch für den linken Schläfenlappen werden wir annehmen müssen, daß die bloße Perzeption des Höreindrucks und das Wiedererkennen zwei aufeinander folgende und auch anatomisch differenzierte Funktionen darstellen. Ebenso kann es für das motorische Sprechen heute als ausgemacht gelten, daß es eine direkte Sprachbahn vom Brocaschen Zentrum zu den Bulbärkernen (VII, IX, X,

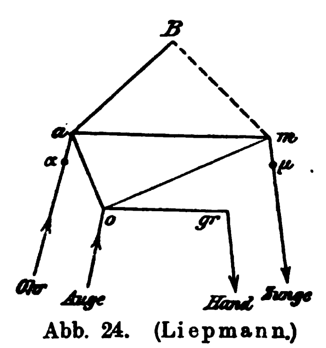


Abb. 24. (Liepmann.)

a = akustische Perzeption.
μ = Innervation.
Sonstige Buchstaben wie im Schema Abb. 23.

XI, XII.) nicht gibt, die Erregung vielmehr zunächst den entsprechenden kortikalen Vertretungen dieser Kerne zufließt. Deshalb ist in dem Schema zwischen Ohr und sensorisches Sprachzentrum **a** noch ein α, das die Perzeption vertritt, und zwischen motorisches Sprachzentrum m und Zunge noch ein μ, das in die motorische Rinde im engeren Sinne fallen würde, eingeschaltet.

Mit diesen Feststellungen eng verbunden sind die Überlegungen, die eine direkte Übertragung des Schemas auf anatomische Verhältnisse als ausgeschlossen erscheinen lassen. Wernicke hatte bei der Unterscheidung der einzelnen Aphasieformen auf die Trennung von kortikalen und subkortikalen Herden großen Wert gelegt und diesen beiden Aphasiearten die transkortikalen Formen, die auf der Unterbrechung einer zwei Zentren verbindenden Bahn beruhen sollten, gegenübergestellt. Natürlich bestehen die klinischen Erfahrungen, die einen so kompetenten Forscher zu dieser Lehre geführt hatten, mit gewissen Einschränkungen auch heute noch zu Recht, und manches, was Wernicke anatomisch beobachtet oder erwartet hatte, ist späterhin in der Tat bestätigt worden; aber im großen und ganzen wird sich die anatomische Formulierung, die er der ganzen Lehre gegeben hatte, wie gesagt, nicht aufrecht erhalten lassen. Heute ist leicht einzusehen, weshalb. Zunächst wird nur ein sehr kleiner kortikaler Herd den Stabkranz wirklich verschonen können und ein solcher wieder wird nicht in der Lage sein, ein ganzes „Zentrum" außer Betrieb zu setzen. Auf der anderen Seite werden subkortikale Herde, wenn sie das ihnen übergeordneteZentrum von der Umgebung nach allen Seiten vollkommen absperren, genau so wirken müssen wie kortikale. Drittens aber, und das ist das Wichtigste, werden alle Bahnen, die die im Schema genannten Stationen miteinander verbinden, sich untereinander so vielfach durchkreuzen und den Stationen selbst zum Teil so benachbart liegen, daß sie isoliert — ohne gleichzeitige Verletzung eines Zentrums bzw. einer anderen Verbindungsbahn — nur höchst selten getroffen werden können. So müssen die Verbindungen zwischen dem linken Hörzentrum und der Wernickeschen Stelle naturgemäß tangential, parallel zur Rinde verlaufen, ebenso wie es sehr wahrscheinlich die tun werden, die von der Wernickeschen zur Brocaschen Stelle hinüberziehen. Aber auch die Bahnen, die von diesem motorischen Sprachzentrum zu den Rindenvertretungen der Sprachmuskeln hinüberleiten, werden sich nirgends zu einem kompakten, isoliert lädierbaren Strange vereinigen.

Vielleicht ist es der klinische Ausdruck dieser anatomischen Tatsachen, laß wir bei motorisch Aphasischen so überwiegend häufig auch artikulatorische Störungen als Folge der Läsion dieser Rindenzentren antreffen. Überhaupt muß die Versorgung des gesamten Sprachgebietes durch ein Gefäßsystem mit Notwendigkeit häufige Kombinationen mehrerer theoretisch getrennter Sprachstörungen nach sich ziehen.

Den eben angestellten Erwägungen entspricht es ferner, daß wir aus dem klinischen Befund den anatomischen kaum je genau voraus zu sagen vermögen und daß wir ganz reinen Typen der Aphasie überhaupt viel seltener begegnen, als man es ursprünglich gehofft hatte. Das hindert nicht, daß diese Typen bei Betrachtung vieler Fälle doch klar zutage treten, und so mögen sie im folgenden kurz gesondert besprochen werden.

Vollständige motorische Aphasie.

Wir beginnen mit der **vollständigen motorischen**, der **Brocaschen Aphasie.** Wernicke hatte sie als kortikale motorische Aphasie bezeichnet, weil er aus ihren Erscheinungen folgerte, daß sie auf der Zerstörung des Brocaschen Zentrums beruhte. Danach lassen sich die Symptome dieser Form leicht ableiten. Sie bestehen in den klassischen Fällen in einer vollkommenen Aufhebung der Sprechfähigkeit; die Kranken sind wirklich wortstumm (wie Broca sagte, aphemisch) oder haben doch nur wenige Sprachreste zur Verfügung. Auf keine Weise können sie zum wirklichen, hörbaren Sprechen gebracht werden. Nicht nur das Spontansprechen, sondern ebenso das Nachsprechen und das Lautlesen sind aufgehoben. Selbst geläufige Reihen (Reihen sprechen), die bei anderen Formen noch reproduziert werden können, stehen diesen Kranken nicht mehr zur Verfügung.

Da, wie wir hörten, die Schriftsprache bei den meisten Menschen von der motorischen Sprache abhängt, so gehört auch die Aufhebung der Schreibfähigkeit, und zwar sowohl in bezug auf das Spontan- wie auf das Diktatschreiben zum Bilde der Brocaschen Aphasie. Wohl aber kann abgeschrieben werden, offenbar weil die für das Sehen und die für das Schreiben bestimmten Partien des Gehirns direkt mit einander verbunden sind. Dagegen ist das Leseverständnis zwar nicht aufgehoben, aber doch herabgesetzt; denn zum Lesen gehört noch ein Zerlegen des Wortes in Buchstaben, und dies wird durch die motorische Sprache besorgt. Alle Kinder und viele ungebildete Erwachsene bewegen ja beim Lesen die Lippen. — Immer erhalten ist bei der Brocaschen Aphasie natürlich das Sprachverständnis.

Die motorische Aphasie bleibt häufiger als andere Formen dauernd bestehen; nur ausnahmsweise gelingt es, den Kranken durch Übungen eine kleine Anzahl von Worten beizubringen. In diesen Fällen, bei denen übrigens das Nachsprechen noch früher wiederkehrt als das Spontansprechen, kommt es dann zum sogenannten Agrammatismus. Die im ganzen immer noch sehr wortkargen Kranken sprechen im Depeschenstil, indem sie Hauptworte und Verben ohne verbindende Satzteile aneinander reihen. (Beispiel nach Heilbronner: „Blau, die Wolken sind blau, so'ne Hitze, Schwüle und Blitz und donnert, Regen" = Schilderung eines Gewitters). Außerdem fallen diese Kranken, wie erwähnt, gewöhnlich durch mehr oder minder ausgesprochene artikulatorische Störungen auf.

Reine Wortstummheit.

Die nächste Form, die im Anschluß an diese besprochen sein soll, ist die der reinen Wortstummheit, die Wernicke als subkortikale motorische Aphasie bezeichnet hatte. Auch bei ihr ist die Lautsprache, also Spontan- und Nachsprechen, aufgehoben, aber die Schriftsprache, Schreiben und Lesen, sind erhalten. Gerade daraus hatte Wernicke gefolgert, daß das Zentrum der motorischen Sprache intakt geblieben sein müsse, und daß nur die Verbindung dieser Rindenpartie zu den ihm untergeordneten subkortikalen Nervenkernen unterbrochen sei. Wir sahen schon, daß diese Anschauung insofern berichtigt werden muß, als es eine direkte Sprachbahn von der Brocaschen Stelle zu den Bulbärkernen nicht gibt. Die subkortikale motorische Aphasie Wernickes müßte also auf der Unterbrechung einer Bahn be-

ruhen, die von der Brocaschen Stelle zu den Rindenvertretungen dieser Kerne verläuft. Insofern wird man heute nicht mehr gut von einer „subkortikalen“ [1]) motorischen Aphasie sprechen und diese der „kortikalen“ gegenüberstellen dürfen, sondern nur die wirkliche Außerfunktionssetzung des kortikalen Sprachzentrums (= kortikale) und seine bloße Absperrung gegen ihm untergeordnete Zentren (Liepmann) (= subkortikale motorische Aphasie) voneinander unterscheiden müssen. Da, wo es sich um den letzten Fall handelt und nicht gleichzeitig die Verbindungen zum Lese- und Schreib„zentrum“ unterbrochen sind, wird die Schriftsprache natürlich erhalten bleiben. Außerdem aber wird die Funktionstüchtigkeit der Brocaschen Stelle im Gegensatz zur echten Brocaschen Aphasie bei der sogenannten Lichtheimschen Probe zutage treten müssen. Diese besteht darin, daß die Kranken, die ein von ihnen verlangtes Wort nicht aussprechen können, uns durch Drücken der Hand oder andere Gesten seine Silbenzahl andeuten müssen. Ist das motorische Sprachzentrum wirklich außer Funktion gesetzt, so muß diese Prüfung negativ ausfallen, weil die Zerlegung des Wortes in Silben an die Intaktheit der motorischen Sprachrinde gebunden ist; das Erhaltenbleiben der Wortlauterinnerung genügt zu dieser Funktion nicht. Ist die motorische Sprachrinde aber nur von ihren untergeordneten Zentren abgesperrt, mit dem Handareal der motorischen Zone jedoch noch leitend verbunden, so wird die Lichtheimsche Probe gelingen. (Übrigens müssen bei der Anwendung dieser Methode natürlich apraktische Störungen ausgeschlossen werden, weil ihr Vorhandensein die notwendigen Gesten unmöglich machen würde.)

Nun zur **sensorischen Aphasie.** Auch hier hatte Wernicke eine kortikale und eine subkortikale Form unterscheiden wollen. Wieder hat sich diese Trennung anatomisch nicht aufrecht erhalten lassen, und wieder besteht sie klinisch auch heute noch bis zu einem gewissen Grade zu Recht.

Vollständige sensorische Aphasie.

Bei der vollständigen sensorischen Aphasie — Wernickes kortikaler Form — treffen wir einen Zustand, wie er theoretisch durch die vollkommene Zerstörung oder Ausschaltung des Wernickeschen Zentrums herbeigeführt werden müßte. Die Kranken hören wohl noch, aber sie verstehen das Gehörte nicht mehr, weil ihnen die Wortklangerinnerungen verloren gegangen sind. Es ist nicht so, daß nur der Sinn des Gesprochenen durch das Wort nicht geweckt wird, sondern schon der Wortlaut wird nicht mehr aufgefaßt.

Natürlich ist die Voraussetzung für den Nachweis dieser Störung die, daß die Kranken überhaupt hören. Dieser Nachweis ist keineswegs so einfach, wie man früher geglaubt hat. Durch die Untersuchungen von Bezold wissen wir, daß für die Sprache ausschließlich ein bestimmtes, relativ enges Tongebiet, das zwischen dem eingestrichenen B und dem zweigestrichenen G, in Betracht kommt. Besteht für dieses Gebiet Taubheit oder Schwerhörigkeit, die bei der Prüfung in anderen Tongebieten übersehen wird, so kann natürlich sensorische Aphasie vorgetäuscht werden.

Aus dem Fehlen der Wortklangerinnerungen ergeben sich nun folgerichtig mehrere sekundäre Störungen, die sich fast alle theoretisch ableiten lassen.

[1]) Anatomisch würde es sich um einen intrakortikalen Prozeß handeln.

So ist selbstverständlich das Leseverständnis schwer gestört. Ebenso leiden das Sprechen und das Schreiben, wenn auch nur indirekt, Not. Sensorisch-aphasische sprechen im Gegensatz zu den motorisch Kranken eher viel als wenig; aber sie sind paraphasisch, weil gewissermaßen die Kontrolle durch das eigene Wortlautverständnis fortfällt. Die Kranken versprechen sich, und zwar beim Spontansprechen sowohl wie erst recht beim Nachsprechen, und der Sinn dessen, was sie sagen wollen, wird durch viele Entgleisungen entstellt. Diese Entgleisungen, deren Art häufig durch das Haftenbleiben (vgl. S. 123) mitbestimmt wird, betreffen entweder das ganze Wort (verbale) oder nur einzelne Buchstaben (litterale Paraphasie). Dabei verfügen die Kranken im Gegensatz zu den Motorisch-aphasischen über eine Reihe von Hilfsworten und eingeschliffenen Phrasen, während ihnen die konkreten Gegenstandsbezeichnungen nicht einfallen wollen.

Beispiel: 1. Nachsprechen:

Schuhputzer — Schuhmutzer
Landarbeiter — Landbarren.

Am Himmel stehen Sonne, Mond und Sterne — Der Himmel steht am Mond und Sterne.

Ich hatt' einen Kameraden — Es half einen Skoladen.

2. Spontansprechen:

Ich war schrecklich, ich sollte da in die Stolte, ich weiß nicht, ich hatte da einen Stifslassen, Liftkaffen (meint Luftkissen), es war schrecklich.

Was ist ihr Mann? „Mann hat alles, Koholade und Briketts, Brief auch, alles hat er, es hat hier (zeigt auf ihr Haar) ganz großen, so großen haben wir, hat einen Kamm, Kann, Chokolade, Chokolade, ach was, Briquets hat er.

3. Lesen:

König — Königes.
Garten — Gartig.
36 — jejejjunjeissig.

4. Benennen von Gegenständen:

Bleistift — Gleistist, Eisbricht.
Streichholzschachtel — ein Finkeneis.
Wasserglas — Eisenkreuz.

Zu beachten ist für die Diagnose, daß ähnliche Fehlreaktionen auch infolge einer hochgradigen Aufmerksamkeitsstörung (Bonhoeffer) vorkommen können. Schon der übermüdete oder auch nur zerstreute Gesunde verspricht sich leicht, verwechselt Worte und vertauscht Silben oder Buchstaben genau so, wie er aus gleicher Ursache zuweilen parapraktisch ist. Um so ausgesprochener ist die Störung natürlich bei Alkoholdeliranten z. B. Paraphasische Entgleisungen bei Epileptikern dagegen sind ebenso wie die von manchen Paralytikern deshalb nicht ganz leicht zu beurteilen, weil ihnen ebensowohl organische Ursachen der Aphasie wie eine bloße allgemeine Herabsetzung der Aufmerksamkeit zugrunde liegen können.

Da das Schreiben, wie wir sahen, von der Sprache direkt abhängt, so besteht neben der Paraphasie (gewöhnlich) auch Paragraphie, ebenso wie natürlich (regelmäßig) auch beim lauten Vorlesen Fehler gemacht werden (Paralexie).

Erhalten ist dagegen bei dieser Form stets das Abschreiben, bei dem das sensorische Zentrum überhaupt nicht in Anspruch genommen zu werden braucht.

Für die Diagnose ist weiter wichtig, daß sich die Worttaubheit der vollständigen sensorischen Aphasie nach einigen Monaten zurückzubilden pflegt. Sehen wir also die Kranken nicht unmittelbar nach dem Eintritt der Schädigung, so dürfen wir das reine, eben geschilderte Bild nicht mehr erwarten; es hat dann der rechte Schläfenlappen zum Teil die Funktion des Wernickeschen Zentrums übernommen.

Reine Worttaubheit.

Die von Wernicke als subkortikale aufgefaßte zweite Form der sensorischen Aphasie unterscheidet sich von der ersten durch das Fehlen der sekundären Erscheinungen, der Paraphasie, Paragraphie und Paralexie. Es besteht also bei dieser, der Lichtheimschen Krankheit, **reine** isolierte **Worttaubheit,** ein Zustand, der in der Tat am einfachsten durch die Absperrung des Wernickeschen Zentrums von beiden Hörnerven bzw. von beiden Hörzentren erklärt werden kann. Da das Sprechen, Schreiben und Lesen im Gegensatz zur vorher beschriebenen Form ungestört bleiben, so muß das sensorische Sprachzentrum selbst erhalten sein.

Eine Wiederherstellung tritt bei dieser Form seltener ein als bei der vorhergehenden, was nach den eben erörterten anatomischen Verhältnissen nicht wunderbar erscheint.

Totalaphasie.

Als **Totalaphasie** bezeichnen wir einen Zustand, der durch die Addition der Brocaschen und der Wernickeschen Form zustande kommt. Sowohl das Sprechvermögen als auch das Sprachverständnis sind aufgehoben und dementsprechend auch das Lesen und das Schreiben unmöglich oder schwer gestört.

Totalaphasie beobachten wir dementsprechend am häufigsten im unmittelbaren Anschluß an einen die Sprachregion treffenden Insult. Genau so aber wie sich nach den meisten apoplektisch entstandenen Lähmungen ein Teil der Störungen allmählich wieder zurückzubilden pflegt, so hebt sich auch hier aus dem ursprünglich schweren Bilde schließlich ein kleinerer Rest als dauernd heraus. Daß dieser Rest sich selten in einer der vorhin beschriebenen Formen erschöpft, sondern viel häufiger eine ziemlich regellose Mischung mehrerer aphasischer Einzelsymptome darstellt, ist ohne weiteres verständlich.

Inselaphasien.

Die als Inselaphasien bezeichneten Krankheitsbilder lassen eine einheitliche psychologische Deutung nicht zu. Im allgemeinen entsprechen sie am meisten der vollständigen motorischen Aphasie, und nur wenn sich der Herd auch in das Mark des Schläfenlappens nach hinten erstreckt, kann er auch das Sprachverständnis beeinträchtigen.

Transkortikale Formen.

Schließlich haben Wernicke und Lichtheim von den bisher beschriebenen noch die sogenannten transkortikalen Formen abtrennen wollen. Ihr Wesen ist aus Wernickes Schema verhältnismäßig leicht abzuleiten. Es

soll unterbrochen sein entweder die Verbindung vom „Begriff" zum motorischen Sprachzentrum (bei der transkortikalen motorischen) oder die vom sensorischen Sprachzentrum zum „Begriff" (bei der transkortikalen sensorischen Aphasie). Demzufolge müssen in beiden Fällen das Sprachlautverständnis und die Fähigkeit, überhaupt zu sprechen, erhalten sein; das Nachsprechen wird also in jedem Falle ungestört stattfinden. Dagegen werden bei der transkortikalen motorischen Aphasie die Spontansprache und bei der transkortikalen sensorischen Form das sinngemäße Verstehen des gehörten und aufgefaßten Wortes aufgehoben oder geschädigt sein.

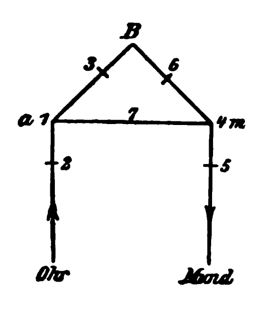


Abb. 25. (Liepmann.) Wernickes Schema.
1 kortikale sensorische Aphasie.
2 subkortikale sensorische Aphasie.
3 transkortikale sensorische Aphasie.
4 kortikale motorische Aphasie.
5 subkortikale motorische Aphasie,
6 transkortikale motorische Aphasie.
7 Leitungsaphasie (klinisch nicht bestätigt).

Ein großer Teil der Einwände, die gegen diese theoretischen Postulate erhoben werden müssen, sind früher schon gemacht worden. Es gibt kein Begriffszentrum, und wenn wir das Denken überhaupt an die Intaktheit irgendwelcher Rindenterritorien gebunden erachten, so müssen wir die gesamte Hirnrinde dafür in Anspruch nehmen. Beide transkortikalen Aphasieformen können also nur so zustande kommen, daß die Sprachareale des Hirnmantels von den übrigen Rindenpartien mehr oder minder vollständig isoliert werden. Natürlich wird das selten und immer nur durch ziemlich komplizierte Affektionen erreicht werden, und so werden die transkortikalen Formen noch seltener rein auftreten, als es die übrigen Aphasiearten tun. Dazu kommt, daß das Hauptkriterium, das in Wernickes Aufstellung die transkortikalen von den übrigen Formen trennen sollte, das Erhaltenbleiben des Nachsprechens, nach unseren heutigen klinischen Kenntnissen an Wert nicht unerheblich verloren hat. Das Vorsagen eines Wortes wirkt auf die Sprachfunktion ganz allgemein als ein stärkerer Reiz als das Sprechenwollen beim Denken (Spontansprechen), und so sehen wir diese Funktion bei allen in Frage kommenden Aphasieformen verhältnismäßig lange Widerstand leisten. Auch bei leichten Läsionen der Wernickeschen und der Brocaschen Region sowohl wie der sie verbindenden Bahnen bleibt das Nachsprechen zuweilen noch leidlich erhalten, wenn die Spontansprache oder das Sprachverständnis längst Not gelitten haben.

Mit diesen Vorbehalten sei über das tatsächliche Vorkommen der transkortikalen Formen folgendes angegeben.

Amnestische Aphasie.

Transkortikale motorische Aphasie finden wir am häufigsten in Form der amnestischen Aphasie. Die Wortfindung ist erschwert, wird das Wort aber angeboten, so wird es sofort als richtig erkannt und leicht und fehlerlos nachgesprochen. Bekanntlich finden wir dieses Symptom andeutungsweise gelegentlich sogar bei Gesunden; bei diffusen Hirnerkrankungen (Dementia senilis, paralytica, arteriosclerotica) ist es (in dieser allgemeinen Form) sehr häufig. In anderen Fällen scheinen nur ganz bestimmte Verbindungen

zur Sprachregion unterbrochen zu sein; die Kranken finden jedes Wort, wenn ihnen der zugehörige Begriff auf akustischem Wege (Trompetenschall z. B.) angeboten wird, aber sie suchen es vergeblich, so lange sein Inhalt nur von der optischen oder von der taktilen Seite her gezeigt wird. Eine reine optisch amnestische Aphasie ist übrigens keineswegs häufig; dagegen findet sie sich ziemlich oft mit der taktilen verbunden. Anatomisch ist dann gewöhnlich die Verbindung des Wernickeschen Zentrums mit dem Hinterhaupt (und dem Schläfenlappen) durch einen Abszeß oder einen sonstigen Herd zerstört, der im Übergang vom Schläfen- zum Hinterhauptslappen oder im Hinterhauptslappen selbst liegt.

Transkortikale sensorische Aphasie.

Eine transkortikale sensorische Aphasie wird nicht selten durch schwere Atrophien in der Umgebung der ersten Schläfenwindung (Liepmann) hervorgerufen. Das gleiche können mehrere Herde in der hinteren Hirnhälfte bewirken. Da aber alle solche Läsionen natürlich kaum je nur die Verbindungen der Wernickeschen Stelle zur sonstigen Hirnrinde, sondern ganz naturgemäß auch umgekehrt die von der übrigen Hirnrinde zur Wernickeschen Stelle ziehenden Bahnen zerstören müssen, und eine direkte Erregung des motorischen Sprachzentrums ohne Vermittlung des sensorischen, wenn überhaupt, nur selten vorkommt, so ist die transkortikale sensorische so gut wie immer mit einer transkortikalen motorischen Aphasie verbunden; das heißt klinisch gesprochen: bloße Aufhebung des Wortsinnverständnisses bei erhaltenem Nachsprechen und erhaltener Spontansprache wird kaum je beobachtet. Gewöhnlich ist außer dem Sprachsinnverständnis auch das Spontansprechen beeinträchtigt und eben nur das Nachsprechen erhalten.

Untersuchungsmethoden.

In jedem Falle, in dem Aphasieverdacht besteht, ist zu prüfen:

1. Die Hörfähigkeit, insbesondere auch innerhalb der für die Sprache bestimmten Tongrenzen.
2. Das Wortlautverständnis.
3. Das Wortsinnverständnis (Erkennen, Identifizieren bekannter, Heraussuchen benannter Gegenstände, Ausführen erteilter Aufträge etc.)
4. Das Spontansprechen.
5. Das Nachsprechen; Reihensprechen.
6. (Optisch, akustisch, taktil) Erkanntes benennen; ev. Lichtheimsche Probe.
7. Erkanntes schriftlich bezeichnen.
8 Mit Verständnis lesen.
9. Lautlesen.
10. Abschreiben.
11. Mit Verständnis abschreiben.
12. Diktatschreiben.
14. Selbstgeschriebenes lesen.

Sprachstörungen bei Geisteskranken.

Psychisch bedingte Störungen der Sprache finden wir streng genommen bei allen Geisteskrankheiten, da sich die seelische Anomalie naturgemäß auch in der Sprache äußert. Selbstverständlich kann von einer Erörterung des Themas in diesem Umfange hier keine Rede sein. Notwendig ist nur eine Nachlese, die einige Symptome aufzählt, die aus praktischen Gründen noch einmal hervorgehoben werden sollen oder die wirklich verhältnismäßig selbständig sind.

Imbezillität.

Nach einer weit verbreiteten Nomenklatur grenzt man aus dem großen Gebiet der angeborenen Schwachsinnszustände diejenigen Fälle als Idiotie ab, in denen es zur Ausbildung einer wirklichen Sprache nicht kommt. Von solchen Kranken hören wir nur unartikulierte Laute, die sie durch mehr oder minder ungeschickte Bewegungen zu unterstützen suchen, und die in wenig differenzierter Form ihre Wünsche und ihre Affekte zum Ausdruck bringen. Von dieser tiefsten Stufe führen zahlreiche Übergänge bis zu denjenigen Fällen von (erethischer) Imbezillität, in denen die Sprache überhaupt nicht Not gelitten hat, sondern durch ihre Gewandtheit sogar ein tatsächlich nicht vorhandenes geistiges Niveau vortäuscht. Zwischen beiden Extremen liegen die Fälle großer sprachlicher Armut, kümmerlicher, ungeschickter und grammatisch falscher Diktion oder gar von infantilistischer Sprache mit Infinitivkonstruktion und Bezeichnung des Ich durch die dritte Person. Ziemlich häufig ist bei manchen tiefstehenden Imbezillen die Neigung zu einer rhythmischen Gliederung des Redestoffes, die nach Fauser immer da auftreten soll, wo der Inhalt der Sprache in den Hintergrund tritt.

Schizophrenie.

Über die organischen Störungen ist dem, was früher bei Erörterung des Gedankenganges gesagt wurde und bei Besprechung der Demenz noch gesagt werden wird, nichts hinzuzufügen; auch über die Epilepsie wird alles Notwendige später ausgeführt werden. Dagegen bedarf die Sprache bei der Dementia praecox trotz allem, was wir gerade über das schizophrene Denken schon gehört haben, noch der Erörterung.

Daß sich motorische Erregung, Sperrung und Negativismus auch auf sprachlichem Gebiete äußern können, wurde schon erwähnt. Der Rededrang führt im Verein mit der Assoziationsstörung zu verbigeratorischen Reihen oder zum Wortsalat. Genau wie die Stummheit (der Mutismus) läßt sich dieser Rededrang auf normal-psychologischem Wege niemals beeinflussen. Im Gegensatz zu manisch erregten Patienten pflegen Katatoniker auch in voller Einsamkeit weiter zu reden, ebenso wie sie jahrelang auch dann schweigen, wenn sie im übrigen nicht negativistisch sind und z. B. fleißig arbeiten.

In qualitativer Hinsicht kommt auch in der Sprache der Katatonie die Neigung zu Bizarrerien und Manieren zum Ausdruck. Sehr charakteristisch ist die Neigung zu pathetischen Tiraden, die oft in einem ganz sinnlosen Wortsalat, aber scheinbar mit hohem Affekt, zornig, bittend, predigend vorgebracht werden. Manche Patienten sprechen mit Fistelstimme oder im tiefen Baß, andere wechseln die Tonlage beständig, viele brüllen, einige flüstern, und

namentlich in den Endzuständen wird häufig ohne jede Modulation gesprochen. Auch hier sind infantile Sprache und fortgesetzte Anwendung von Diminutiven nicht selten, oder die Kranken bilden, wie das nächste Beispiel zeigt, einen ganz eigenen Telegrammstil aus.

Beispiel:

Professor muß entlassen werden. Geheimrat schon oft gesagt. Geheimrat Schuchardt 3. August 1848, geboren, 7. November 13 verstorben. Verschiedene Jahre gefragt, „will besorgen", oft gesagt, „ein andermal," ABC, verduft, war weg, verschwunden, was ich gefragt, Laufschritt, marsch, marsch, verschwunden. Kaiser geboren, gestorben, Graf und Fürsten verdorben, wird man Überdruß.

Will raus. — Hab oft gebettelt und gebeten. Dienstrat[1]) Schlüter spielt die 7 Tage Regenwetter, garnischt. Zurückgehalten. Nicht entlassen. Immer ins Zuchthaus, ich zurück, draußen gebettelt, das geht doch nicht. Freibetten. Zwei Ärzte, Irrenarzt. Viele Bücher. Dann Arbeitshaus. Entlassen. Da war ich doch frei. In Preußen sind Freibetten und hier, das weiß ich gar nicht. Ich bin doch nicht verrückt. Lehrmeister und Staatsanwalt nehmen. Krieg und Großherzog. Viele Jahre gebettelt, das geht doch nicht. Dienstrat Schlüter. Kein Wort. Gefragt, ob raus, immer Gesicht wie sieben Tage Regenwetter, wir wollen sehen. Zurückgehalten, Freiheit beraubt, das geht doch nicht.

Im Inhalt kommt es oft zu Stereotypien derart, daß bestimmte Worte oder Sätze immer wiederholt und bei den unpassendsten Gelegenheiten eingeschoben werden. So sagte eine Patientin meiner Beobachtung hinter jedem Satze: „Das nenne ich leutsch" oder „Fritz hat den Nagel in der Sohle", und ihre Schwester schob immer wieder, mit dem Fuße aufstampfend, in ihre Sätze ein: „herzlich gerne, der Gedanke". Andere Kranke schaffen neue Worte, um etwas Besonderes zu sagen oder ihre Wahnideen in eine besondere Form zu kleiden, so daß schließlich eine förmliche Geheimsprache zustande kommt. Die folgenden Beispiele zeigen, wie eine solche schizophrene Sprache nach jahrelanger Entwicklung schließlich jede Möglichkeit des Verstehens aufhebt und die Kranken als verwirrt erscheinen läßt, ohne daß wir immer sagen könnten, ob sie es auch wirklich sind.

Beispiel:

Hier sind zu viele Kramler, will ich mal sagen und zu viele Horcher und zu viele, die eben Schwarzlicht haben, die wollten wir eben gern bedeuten, die das schwarze Licht noch haben und die uns noch günstig sind in ihrem ganzen Kram und in ihrer ganzen Vollendung hier. Weiter kann ich augenblicklich nichts gestehen, als alles rausgeben, alles das, was eben gehört und was wir in der Art gesagt haben, was nur dem und dem sollte gelten und was für die Regierer sollte gelten, was für die Gotten sollte gelten, für alle Menschheiten, die wir in der Art geholfen haben und zum Erstehen gebracht, aber was rein gekommen, das, war nicht unsere Sach'; da gehört uns wenig von zu, was in unserm Bereich ist, alles nehmen sie auch noch mit in den Kauf, wie viele sie mit ran nehmen, weil da keine Regierer sind und weil es nicht unser Schutz ist und erst wieder unter Schutz gestellt werden muß. Also so ist unser Lebenslauf hier gewesen von morgens bis abends, niemals habe ich weiter was gehabt, als diese Arbeiten, die uns viel Freude gemacht haben, gewiß, aber auch Schmerz bereitet allerdings, für alle andern mit, die das eben nicht verändern konnten, die im Kriege saßen und waren in die Kriege verwickelt, in die Welten verwickelt, in die Sündfluten, was ja das Schlimmste gewesen ist, und viele nun dienten; was hier geschehen, wissen ja die Herren und Damen eben alle nicht.

Also auch nichts weiter als diese Verhandlungen, dieses Ansagen, dieses Andeuten, wo sie hin wollen oder was wir machen wollen oder was wir hier in der Art in Verschluß gebracht und was wir rausgeben und was wir wollen weiter schaffen und weiter vollbringen damit; weiter sagen sie da nichts drauf. Und was in der Art geschehen hier, was wir uns

---

[1]) Anstatt Sanitätsrat.



erzählen, was ich jetzt nicht sagen kann und auch nicht sagen mag; denn alle Menschen, die da drüben im Saal sind und schnattern dazwischen und sprechen dazwischen und höhnen und verlachen uns darüber, was wir hier geholfen und was wir hier gemacht.

Das sind die Regierer eben, die waren, heute waren das Minister, das war Minister Kollewig, den wir da hatten, dem wir das erzählten. Denn war da der Regierer Wolführer war da, der Schanzelist, der Kanzelist Pregillo, Goltemann, Bogollo, Belgo, Golletin, Ollewin, Kawelotin, die waren alle da, und denn waren ja auch noch Gotten da, die da auch noch oft 'nen Stand da hatten, denn haben wir aber im Geheimen auch darüber gesprochen, das haben wir dann nicht laut gesprochen, da haben wir auch nicht im Geheimen getan, was nicht alle Ohren hören sollten.

Beispiel 2.:

„Wie geht es Ihnen?" Ich dank' der allerhöchsten Rechts, mir geht es ganz gut. Ich bin fortwährend mit Aushungerungskuren ausgehungert worden. Die früheren Regierungszeiten haben sich nicht um mich gekümmert; es wurde ein Weltsystem 1869—1870 in mir konstruiert, mir wurden mit einem Wort Geheimnisse gemacht. Die Zukunft sollte davon abhängig sein, ich sollte von Leibärzten untersucht werden. Ich muß meine Wanderungen machen wegen dieser Kontinentalsperrengeschichten und diese ehrenstaatlichen Funktionen. Die in mir einpräparierten sixtinischen Verhältnisse haben in mir die staatlichen Funktionen gemacht.

Beide Proben zeigen eine gewisse Familienähnlichkeit. Auffallend ist neben der Zerfahrenheit die Geschraubtheit des Ausdrucks, die „Stelzensprache," wie man sie genannt hat, eine Sprache, die große Prätensionen in bizarrer Form ausdrückt. Auf diesem Wege führen die Wahnideen der Schizophrenie wie gesagt zu Wortneubildungen (Neologismen), die allmähich fixiert und unter Umständen zu Stereotypien werden. Die Störung kann soweit gehen, daß die Sondersprache zur eigentlichen Muttersprache nur wenig Beziehungen mehr aufweist.

Zur Erklärung dieser Störung — wie der Manieren überhaupt — nimmt man gewöhnlich eine eigenartige Willensrichtung an, die den Kranken zwingt, die natürliche Ausdrucksweise zu vermeiden und ungewöhnliche, bizarre Wendungen an ihre Stelle zu setzen. Nach den Beobachtungen Kraepelins über die Traumsprache der Gesunden werden wir noch mit einer anderen Möglichkeit rechnen müssen. Auch im Traum werden „gesuchte" Ausdrücke und sprachliche Neubildungen häufig gebraucht, wenn die nächstliegende Wendung nicht zur Verfügung steht; dabei fehlt das Gefühl, etwas Absonderliches zu sagen, ganz. Kraepelin meint deshalb, auch der Schizophrene würde möglicherweise auf den Ausweg manirierter Ausdrücke gedrängt, weil er den natürlichen Weg — etwa durch den Negativismus — verlegt fände. Die physiopathologische Analogie zu dieser psychologischen Erklärung liegt so nahe, daß sie nur angedeutet zu werden braucht. Auch Kraepelin vergleicht die Traumsprache des Gesunden mit der sensorischen Aphasie, vielleicht wird eine spätere Forschung (vgl. Kleist) auf dem gleichen Wege die schizophrene Sprache aufzuklären vermögen.

Jedenfalls drängt sich angesichts des Verhaltens der Traumsprache die — auch sonst naheliegende — Vermutung auf, daß sprachverwirrte schizophrene Kranke selbst sinnvoll zu sprechen glauben. Gewiß darf nicht hinter jedem katatonischen Gefasel, in jeder Verbigeration und erst recht nicht in allen Produkten faselig verblödeter Patienten gleich ein geheimer Sinn gesucht werden. Schon ganz kleine Kinder neigen dazu, gelegentlich in fremden Zungen zu sprechen, das heißt, sinnlose, aber möglichst vollklingende Silben aneinander zu reihen, und die meisten halbgebildeten Menschen sind bestrebt, ihre Gedanken auf

möglichst komplizierte — nach ihrer Meinung gebildete — Weise auszudrücken[1]). Aber Kranke, wie die, deren Äußerungen oben mitgeteilt wurden, verbinden mit ihren Worten doch wohl noch Begriffe — mögen sie auch nicht gerade klar sein — und drücken mit ihren Wortneubildungen Gedanken aus, obwohl es uns nicht gelingt, in den Inhalt dieser Gedanken einzudringen. Überhaupt werden wir die Hoffnung aufgeben müssen, mit unserem, vom Normalen ausgehenden Verständnis allzu tief in das Wesen eines Prozesses eindringen zu können, der die Persönlichkeit in dem Maße umgestaltet wie die Schizophrenie. Dementia praecox-Kranke beschäftigen sich sehr wahrscheinlich nicht ganz selten mit Gedanken, die wir auch dann nicht begreifen würden, wenn sie nicht hinter einer uns unverständlichen Sprache versteckt wären.

Das ist der Grund, aus dem wir selten ganz sicher angeben können, ob ein schizophrener Prozeß schon zu endgültiger Verblödung geführt hat. Jede Anstalt beherbergt Kranke, deren Sprache nicht bloß verwirrt, sondern wirklich schon zerfallen erscheint, Patienten also, deren ganzes Verhalten den Verdacht irgendwelcher Gedanken, die in diesen Lauten zum Ausdruck kommen könnten, nicht mehr rechtfertigt. Diese Zustände entwickeln sich ohne schroffen Übergang ganz allmählich aus den Störungen, die wir als für die Schizophrenie spezifisch früher (s. Gedankengang S. 129) kennen gelernt haben. Aber weil sie aus ihnen hervorgehen, lassen sie sich von ihnen auch nicht scharf abgrenzen, und nicht ganz selten werden wir von schon längst tief „verwirrten" Kranken durch sehr treffende und klar formulierte Bemerkungen überrascht. Selbst der Kranke, für dessen gewöhnliche Art zu reden das folgende Beispiel mitgeteilt werden mag, sagt zuweilen noch ganz verständige Dinge.

Beispiel:

Der Euphrat aber soll meine Mutter sein und mein Vater der Sinai. Wenn wir es so wenig begriffen, wie wir es dartun, können wir die Wirklichkeit nicht erschöpfen, und es wird untauglich, mit wenig Begriffen viel andeuten zu wollen, vielmehr müssen wir getreu werden und sie getreu bei uns darstellen, wie sie uns wirklich vorkommt, daß sie uns eine Lebensgefährtin wird und als solche die Bewahrerin unseres Ursprungs und die Begleiterin unseres Lebens. Zuletzt hat mich mein ältester Sohn besucht, der früher hinter mir stand, als er von seiner Mutter geboren wurde und zu mir sagte, er wollte auch noch einer von meiner Art sein. Der zweite, den hab ich nun nachher an jene Quelle zurückgeführt, die ich früher besucht habe; es sind das die Asiaten, die wir aus Asien bis ans Nordmeer gebracht haben und vom Nordmeer nach Europa zurück. Das zweite Kind wurde mir zur Aufsicht geliehen, und ich will jene Menschen, zu denen mich die Sterne zusammen geliefert, weil er mit meinen lieben Kindern verkehrt. Für mich selbst haben die Vilaiiden mit mir verkehrt, das soll aber nicht sein, vielmehr soll er selbst zusehen, daß er einen Menschen findet, mit dem er lebt; weil er selbst ein Mensch ist, soll er auch einen Menschen finden, mit dem er lebt, und zusehen, daß er gut mit ihm auskommt. Der dritte Sohn könnte schon von der Natur geboren sein, und durch ihn wirds mir bekannt geworden sein, er ist der durch die Poesie verherrlichte Achilleus, jener Begleiter, der einst so belohnt, den ich verwiesen habe und nun aus dem Reiche verstoßen wurde. Ich selbst aber bin der damals gesuchte, geborene und niedergelassene, nicht gerade allzu beliebte, begünstigte Mensch.

[1]) Sehr schöne Beispiele einer nicht katatonen „Stelzensprache" sind die, die Don Quixote in seinen Ritterbüchern so gut gefallen hatten: „Das Tiefsinnige des Unsinnlichen, das meinen Sinnen sich darbeut, erschüttert also meinen Sinn, daß ich über Eure Schönheit eine vielsinnige Klage führe." Oder: „Die hohen Himmel, die Eure Göttlichkeit göttlich mit den Gestirnen bewohnt, haben Euch die Verehrung der Ehre erregt, womit Eure Hoheit geehrt ist."



Wenn man das Wesen dieser Reihe kurz ausdrücken will, so könnte man vielleicht sagen: der blühendste Unsinn wird in der Form der sinnvollen Rede (übrigens auch mit ihrem Tonfall, ihrer Mimik und ihren Gesten) vorgetragen. Der Inhalt des Denkens ist gestört und mit ihm die Persönlichkeit, aber die früher erworbene sprachliche Form ist geblieben. Das ist auch deshalb lehrreich, weil es wieder einmal die Unabhängigkeit formaler und sachlicher Leistungen und den Wert der bloß formalen Begabung beleuchtet.

Einen völligen Sprachzerfall illustriert endlich auch der nachstehende Brief:

J. H.

Fr. Fühlegraf

in Stavenhagen
Gefängnishaus Nr. 286.

Gehlsheim, den 6. D. L.

Mein liebe Liese und Stelle!

In diene liebe Bitte deines wörte in deine Gelegenheit und kruzen Werht zu mir in deine Sele mir auh die Gnade auch am meinen Könken zu meines in Liebe die Einsecht haben da die Zeit sehr sparsam wär möchte deine Anna in deine Liebe auch hinein treten druch Liebe deines Mannes auch ein wort thun das wir deines lieben auch geniesen das wir auch in deinem Himel sind das ist schönes wort die mit fröhlich sehr mit zu nehmn wär dein Wort ging wie ein Lam wie ich bei dir dachte wahr ich da deine bitte wahrtächlich wie deine spächen wahren das wahr ein wert für mich nur das rief nicht auf bitte dieses mit in Lüfe den Wort zu ändern das wier auh im Hause das wir schön für deine Anna durch Gottes wort auch zu dier die ändere zeit ist schwer und die zeit sehr weich durch erwecken deine L und St tauscht man nicht mit dir l L das ist schafbar mit den Nächten an den Leibe da wir dir doch auh mit die worte teilnehmen auch die Worte in deine Kasse mit zu nehmen in die Worte zu geniesen das ein andergang in die schawno mir. doch götlich auh zu holen das es keine unstäde machen. Herr Hemich lästs tröste lich bitten das er die Lufe nicht bestätigen kann weil es zu krank ist möchte mich denn lieber in dem Leichen Hause nahm da es schlechter wahr durch den beruf nicht imer an genanen weil es etwas eigen wird durch deine Worte lauted es den Tisch nicht imer durch setzen kann denn die Worte lauten nincht imer durch deine Stime wird es etwas anderes das wird es aher wie nit auh die wörter trenen sich schon nun müssen unter hoffen durch deine Gnade in deine Wörter mit zu mit die viele glücklich auch für mich das wir uns auch trenen könen durch deine lieben Wörter mit in Betten zu nehmen das wi er auch glaß machen könen durch den beruf au ändern das wir auh hier mit komen in die schawo odern Wagen in dem auch für mich nicht drin sitzt um zu schmelzen für diese Kranke seit auch denn eine bessere zeit das dieses auch noch anmit in oche mit aus zu gehen da Hemich das auch sehr spaßen wird die Lüfe an zu nehmen durch Telefon wir mir gerne frau Oberin frau Scheel besorgen auch für mich weil sie meint sie würden die gute auch haben und da mit einsehen das es mal endethat Hemech kassen inschülich für die Stube besser nicht. ich kann den wol die Hülfe, da zu haben wir haben uns eigerichtet nicht geworden es paß wol dieses es küßt Anna.

In besser wol nachricht es alles schlechter
bitte nicht zu
spät die inrich
tung alles
Schluß
Anna Müller
wohl
Irrenanstalt
schwaiche
Anna
bitte Paul Kutspak
wol gerne

Dementia phantastica.

Sehr schwer und im Einzelfall oft unmöglich ist die Unterscheidung schizophrener Äußerungen von manchen späten Produkten der Dementia phantastica. Im Prinzip kann man sagen, daß die neue Sprache der phantastisch Verblödenden mehr den Charakter einer willkürlichen Bildung trägt, die ungewöhnliche Erlebnisse auch auf neue Weise ausdrücken soll. Das zweite und dritte von den gleich mitzuteilenden Beispielen besitzen eine entschiedene Ähnlichkeit mit sprachlichen Erfindungen im Volapük und Esperanto oder gar mit zu humoristischen Zwecken hergestellten Spielereien (vgl. unten). Weniger deutlich ist dieser Unterschied der Dementia praecox gegenüber in dem ersten Beispiel; der Kranke, von dem es stammt, ist aber auch in der Tat diagnostisch nicht ganz klar — wie ja die ganze Abgrenzung von paranoisch gefärbter Schizophrenie und Dementia phantastica nur eine vorläufige ist.

Beispiel 1:

Das hier ist die Irrenheilkrankenpflegeerziehungsanstalt. Ich bin berufener Wärter. Ich bin in Schwerin vereidigt, im 7. Lebensjahr, mit 15, 16 Jahren bin ich hierher gekommen. Ich bin Patient an dem Finger. Mein Vater ist Herzog Hoheit Zesu mit Namen von Hamann. Hoheit, Majestät, Großfürst, Christus' Erbgroßherzog, Freiherr von und zu. Er hat schwarze Haare, etwas bleiches Angesicht; die Juden haben ihn gekreuzigt vor 157 Jahren. Er wohnt hier in Gehlsheim und regiert die Welt. („Ist er denn nicht gestorben? wenn ihn doch die Juden gekreuzigt haben?") Er ist ja Gottes Sohn und ist am dritten Tage wieder auferstanden. Dieser Tage habe ich erfahren, daß mein Vater gestorben ist. („Aber er stirbt doch nicht, wenn er Gottes Sohn ist!") Er steht am 3., 4. Tage wieder auf. Er wird ja hier gemordet von den Wärtern, das tut er selber nach dem Gesetz. Ich komme auch dran; erst muß ich aber noch 400 000 Jahre zur Schule gehen, ins Realgymnasium, Gymnasium, Akademie, Universität. Dann will ich Offizier und Landesherr werden, das ist mein Erbe.

Beispiel 2:

Ich bin die Tochter von dem richtigen Regenten von Frankreich und von Indien, ich bin erste Juristin und erste Medizinerin und erste Kommandeurin der Vandavandarin. Der allmächtige Hochaho hat die Einrichtung von Gotkolenz getroffen. In der ganzen Welt ist noch nie ein Gelbes Fieber Studium, noch nie ein Gelbes Fieber Conkurenta, noch nie ein Gelbes Fieber Baradera, und auch noch nie ein Gelbes Fieber Kimulania in Erfahrung gebracht. Nomnumelence das Komunanium der heiligen Veronica, aber das richtig wahre reelle, das richtig wahre remoniende, das richtig wahre repontabelle demonriare und das echt pontabelle remontaminence. Also remontanimence ist von der Akardia so gelegen, daß Oculo für die Vorübergehenden reminende. Also, das Recondingitum dieser Mondeminence ist vom Ravektor. Die Reminania, das sogenannte Intopens, und in der Flasche der hohen Avacke, also diese Menschen haben die Apparate des hohen heiligen Schiffahrt geworfen und auf meine Person als Tyramenania. Gonggong ruft ein einziger, doch das Remetitum hat darunter gelitten. Also das Remondenation ist auch unter anderm von den hohen Herrn Medizinern eine Wahrheitspredigt einstudiert. Das Mittikum jener Drei excommuttiert ist hiermit abgeschlossen, wenn die Sache vollendet wird, bleibt ein kleiner Teil von einmal 900 übrig und die Redemonnation cavantiert vom allmächtigen Gott.

Also vorher war ich bei Relosantulin, der sogenannten Agnades kommandierenden Collegs. Ein Mensch der Congontalité, ein Mensch der Villia, die Redemonnation ist auch veradute und sie nahm sie von neuem wieder auf. Und die Redemonnation, die alles was Mensch heißt, von dem dem Geld gehörte und der moderonatiell arektum war.

Von derselben Kranken stammt das nachfolgende Gedicht:[1])

[1]) Es ist, wie gesagt, nicht uninteressant, daraufhinzuweisen, daß ähnliche Produkte von Gesunden zu humoristischen Zwecken hervorgebracht werden können. Vgl. Das große Lalula, von Christian Morgenstern: (Forts. S. 290.)

„Méntus núdros nuáchtus mágna
Móntos tóndros tándras téctra
Dión i ált aktón doládar,
Vilón sitónht, dinónnomál.
Illó valpí aván tolés
Lerón tonté avánt taránt
Issón sanséllium ássim sélta
Ardénitum idónton télta."

Ganz ähnliche Äußerungen können wie gesagt von Hebephrenen gemacht werden. Trotzdem werden wir versuchen müssen, diese Fälle einer unter phantastischen Wahnbildungen einsetzenden Verblödung von der schizophrenen Demenz wenigstens vorläufig abzugrenzen. Der Versuch ist schon deshalb gerechtfertigt, weil die Dementia phantastica fast stets später einsetzt als die Dementia praecox, und weil bei ihr die körperlichen Symptome dieser Krankheit, soviel wir bis jetzt sehen, fehlen.

Manisch-depressives Irresein.

Von den funktionellen Geistesstörungen äußert sich die Manie gewöhnlich in einem sehr lebhaften Sprechbedürfnis, bei dessen Befriedigung die Kranken zuweilen eine bei ihnen in normalen Zeiten gar nicht vorhandene sprachliche Gewandtheit bekunden.

Die Melancholie ist auch darin das Gegenstück; die Hemmung gibt in den reinen Fällen zu langsamem, leisem, zögerndem Sprechen Anlaß. Nur da, wo Angst besteht, wird zuweilen viel gesprochen, laut geklagt und gejammert, oder aber die Angst wird durch die breite und häufig abspringende Erörterung indifferenter Themata zu dissimulieren versucht.

Paraphrenie.

Paranoische Auffassungen werden (bei der Paraphrenie) gelegentlich schon durch die gewählte, geheimnisvolle und selbstbewußte Sprache wahrscheinlich gemacht.

Hysterie.

Bei hysterischen Kranken endlich begegnen wir, vom Infantilismus, Tierverwandlungen etc. abgesehen, zuweilen einer affektierten, gesuchten, übertrieben gebildeten Sprache.

Störungen der Schrift.

Auch hinsichtlich der Schrift der Geisteskranken werden wir die eigentliche Agraphie sowohl von den subkortikalen[1]) wie von den psychisch bedingten

Kroklokwafzi? Semmememmi!
Seiokrontro-prafriplo:
Bifzi, bafzi; hulalemmi:
quasti basti bo...
Lalu lalu lalu lalu la!

[1]) Der Ausdruck ist nicht wörtlich zu nehmen. Natürlich kann eine Störung des Bewegungsmechanismus, eine Parese der Hand z. B., kortikal und eine Agraphie subkortikal bedingt sein.

Symptomen unterscheiden müssen. Freilich werden sich die Grenzen zwischen diesen Anomalien auch hier häufig verwischen; bei der Paralyse z. B. kann oft ein einziger Brief sowohl die Bewegungsstörung der Hand wie die Agraphie und die Demenz erkennen lassen.

Die Bewegungsstörung bei den einzelnen organischen Krankheiten wird besser durch Schriftproben als durch Beschreibungen klar werden; es sei deshalb



Abb. 26. Paralysis agitans.

auf die Abbildungen verwiesen, die insbesondere die Besonderheiten der Paralysis agitans, der Chorea, der multiplen Sklerose, der arteroskIerotischen und senilen Demenz und des Delirium tremens erkennen lassen. Erwähnt sei, daß wir bei rechtsseitig Gelähmten nicht selten der Neigung begegnen, in



Abb. 27. Chorea degenerativa.

Spiegelschrift zu schreiben; sie muß wohl einfach darauf zurückgeführt werden, daß diese Schriftform für die *linke* Hand auch dem Gesunden natürlich ist.

Alexie und Agraphie.

Wir sahen, daß das *Schreiben* direkt von der Lautsprache abhängt und fanden es demzufolge bei beiden Hauptformen der Aphasie zugleich mit der Lautsprache geschädigt. Auch daß das *Lesen* bei der sensorischen Aphasie schwer, bei der motorischen dagegen in geringem Grade Not leidet, wurde

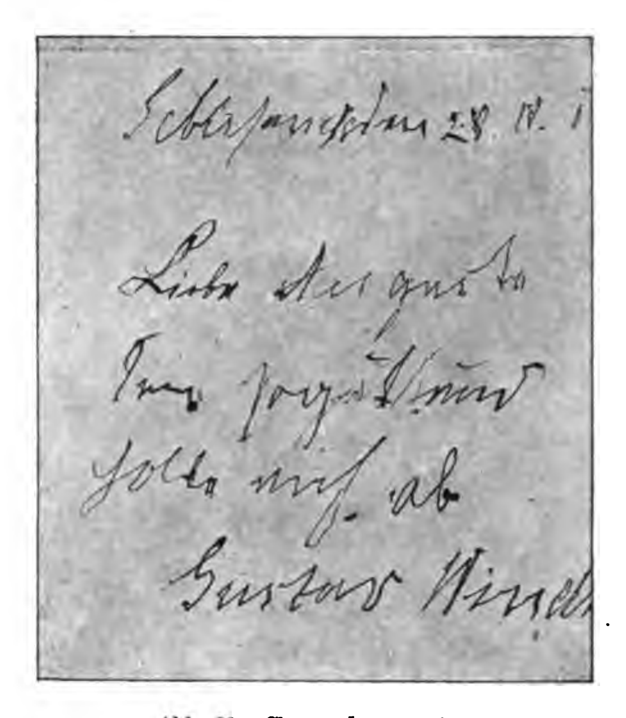


Abb. 28. **Chorea degenerativa.**



Abb. 29. **Multiple Sklerose.**

Abb. 30. **Multive Sklerose.** (Köster, Schrift des Geisteskranken.)

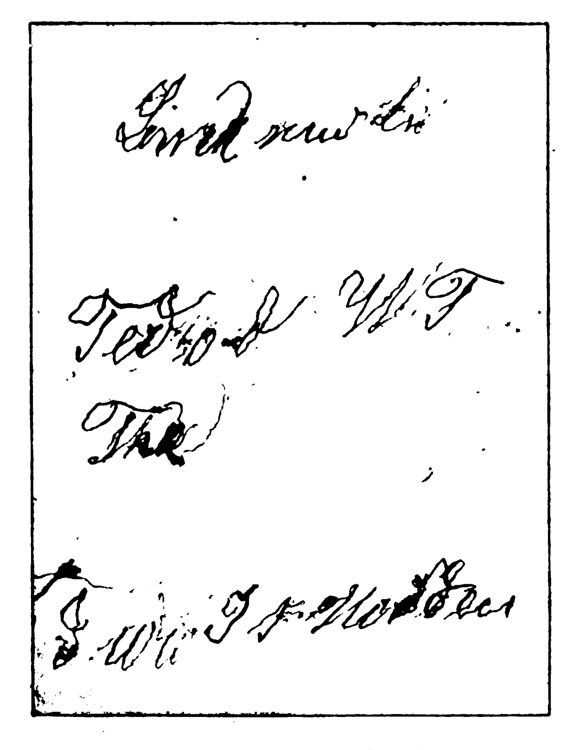


Abb. 31. Arteriosklerotischer Tremor.

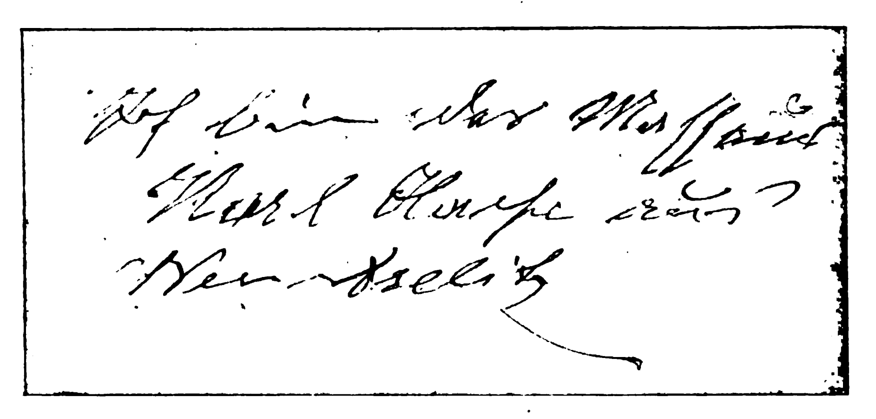


Abb. 32. Arteriosklerotischer Tremor.

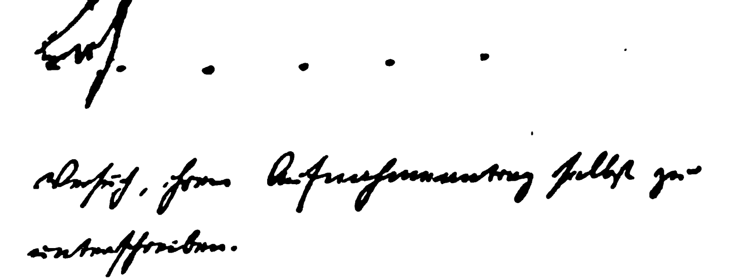


Abb. 33. Dementia senilis. (Köster, Schrift des Geisteskranken.)

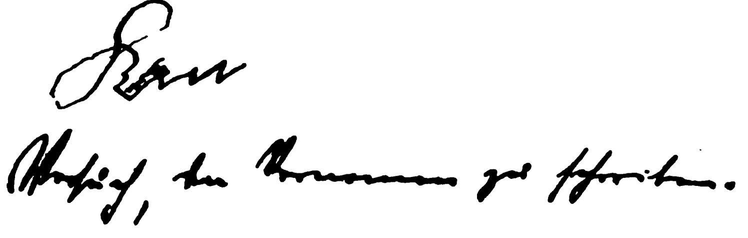


Abb. 34. Dementia senilis. (Köster, Schrift des Geisteskranken.) Derselbe Fall.

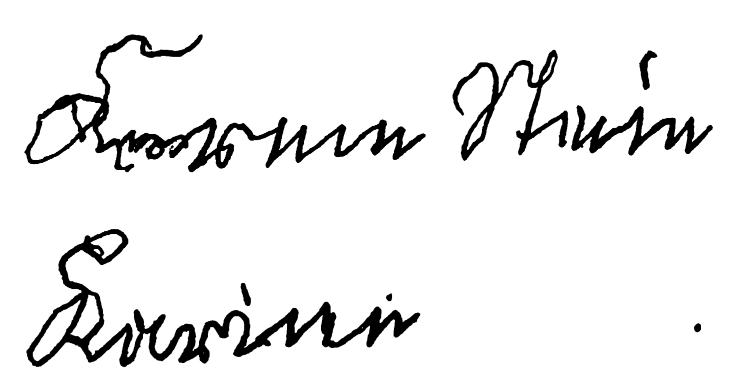


Abb. 35. Dementia senilis. (Köster, Schrift der Geisteskranken.) Derselbe Fall.



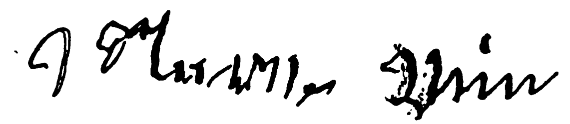


Abb. 36. Dementia senilis. (Köster, Schrift der Geisteskranken.) Derselbe Fall.

schon erwähnt und ist theoretisch leicht abzuleiten. Bei den reinen, in Wernickes Sinne subkortikalen Formen der Aphasie ist natürlich die Schriftsprache erhalten. Nun treten Alexie und Agraphie aber auch isoliert auf, und zwar muß die reine Alexie nach unseren anatomisch-klinischen Erfahrungen auf

Krüger geboren
den 11 Juli 1858

Abb. 37. Delirium tremens. (Köster, Schrift der Geisteskranken.)

Ernst Krüger geboren den 11 Juli
1858
zu Stettin

Abb. 38. Delirium tremens. (Ans Köster, Schrift der Geisteskranken. Leipzig. Barth. 03.) 3 Tage nach der ersten Probe.

einen Herd in der linksseitigen Sehstrahlung zurückgeführt werden, durch den nicht nur die vom linken Tractus opticus kommenden Erregungen, sondern auch die aus dem rechten Hinterhauptslappen stammenden Kommissurenbahnen vom linken Hinterhaupt abgesperrt werden; denn auch das Lesen ist im wesentlichen an die Intaktheit der linken Hemisphäre gebunden. Darauf beruht es, daß die reine Alexie so gut wie immer mit rechtsseitiger Hemianopsie zusammen auftritt.

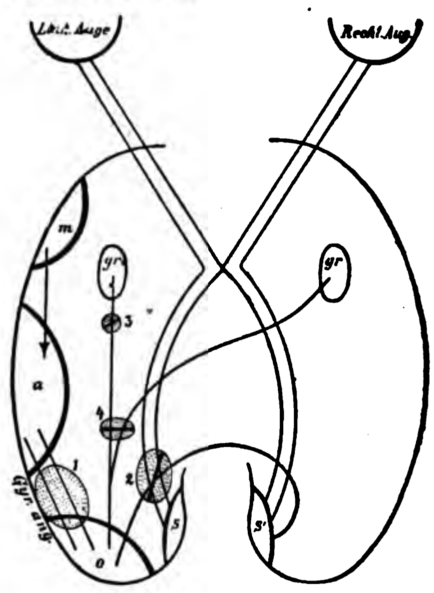


Abb. 39. (Liepmann.)
Herd 1 bewirkt Alexie und Agraphie.
„ 2 reine Alexie mit Hemianopie.
„ 3 reine Agraphie nur d. rechten Hand.
„ 4 reine Agraphie beiderseits.

Reine Agraphie kommt zustande, wenn der linke Hinterhauptslappen vom Zentrum der rechten Hand bzw. beider Hände abgespalten wird (vgl. Liepmanns Schema).

Die Verbindung von Alexie und Agraphie endlich treffen wir bei Herden, die den Gyrus angularis von der Konvexität aus zerstören. Dadurch müssen natürlich die Leitung zwischen der Sehrinde und dem Wernickeschen Zentrum, die zum Lesen, und umgekehrt die vom sensorischen

Sprachzentrum zum Hinterhaupt, die zum Schreiben notwendig ist, unterbrochen werden. Aus diesen anatomischen Daten ergibt sich ohne weiteres, daß auch hier reine Fälle nicht häufig erwartet werden dürfen.

Störungen der Schrift bei Psychosen.

Was die psychisch bedingten Formen krankhafter Schriftleistungen angeht, so kommt bei Imbezillen gewöhnlich der Grad der Verstandesschwäche schriftlich ebenso zum Ausdruck wie mündlich. Nicht selten

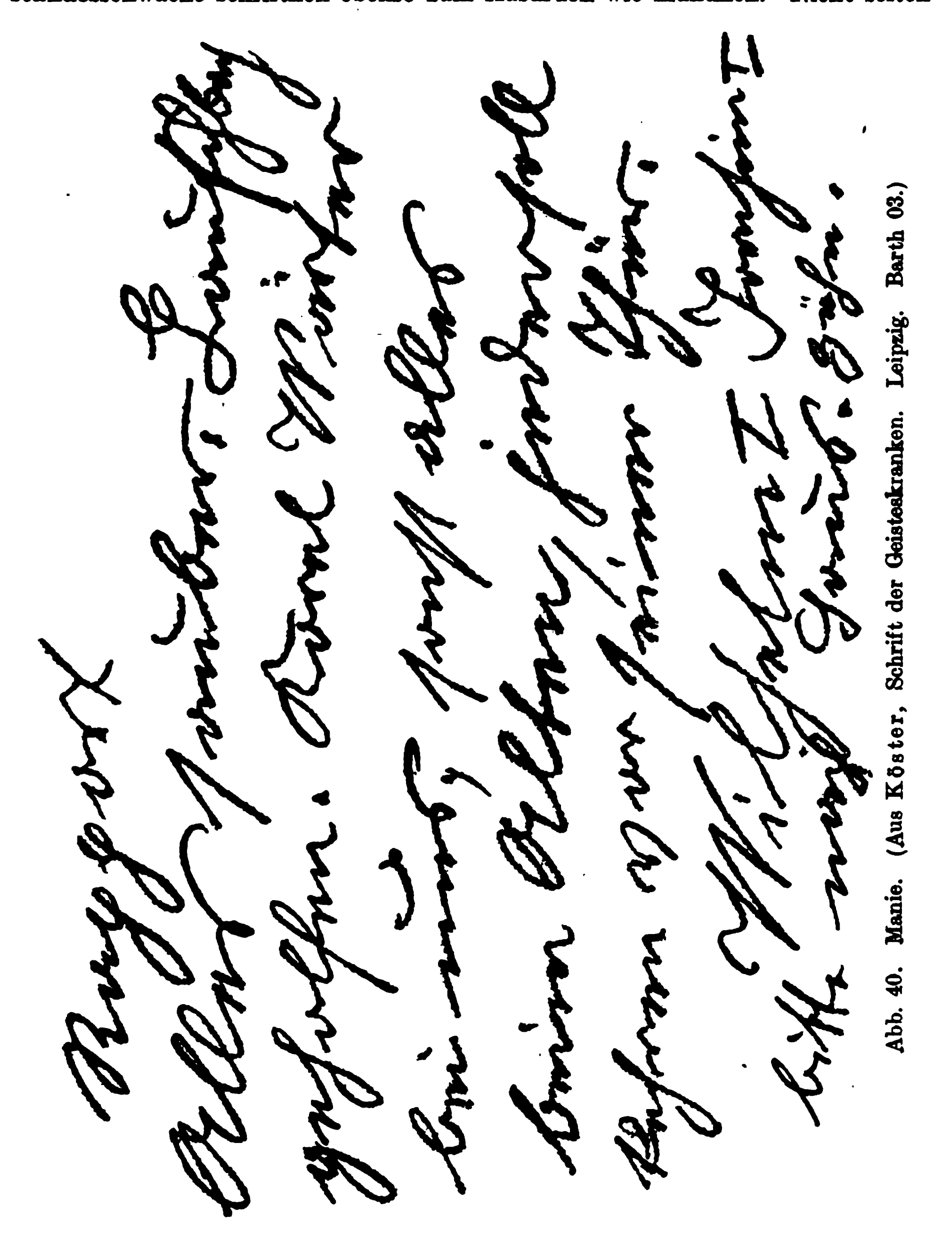


Abb. 40. Manie. (Aus Köster, Schrift der Geisteskranken. Leipzig. Barth 03.)

begegnen wir auch bei ihnen der Spiegelschrift, und zwar wohl deshalb, weil sich Linkshändigkeit gelegentlich mit der psychischen Störung verbindet; in

Abb. 41. Hemmung bei Melancholie. (Köster, Schrift der Geisteskranken.)

anderen Fällen entspringt diese Schrift aber wie bei Hysterischen auch nur der Neigung, irgendwie aufzufallen oder geheimnisvoll zu tun.

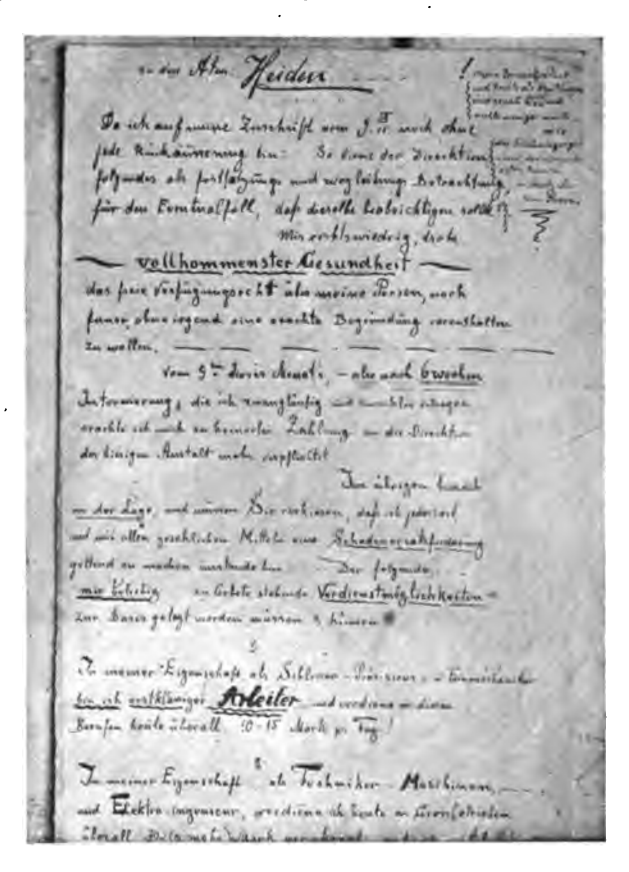


Abb. 42. Paraphrenie.

Von den funktionellen Psychosen zeigen Manien und Melancholien häufig Schriftzüge, die ihrer Stimmungslage und dem Grade ihrer motori-

schen Erregbarkeit entsprechen; mit der Schriftwage (Kraepelin) hat sich feststellen lassen, daß manische Kranke die Feder mit größerer Kraft führen als gehemmte.

In den Schriftstücken paranoider Patienten finden wir das Selbst-


Lieber Max u. Friedel!
Ich bin sehr gut aufgehoben u.
bin sehr gut aufgehoben u. wohne
in einer schönen Villa. wir haben
eine schöne Villa u. sind sehr
reichlich mit guter Kost versehen.
Mir ist sehr gut u. habe [illegible]
[illegible]
[illegible] Viele herzlich Grüße an
[illegible]
deine brave Frieda herzlich Grüße
[illegible]

Abb. 43. Paralyse.

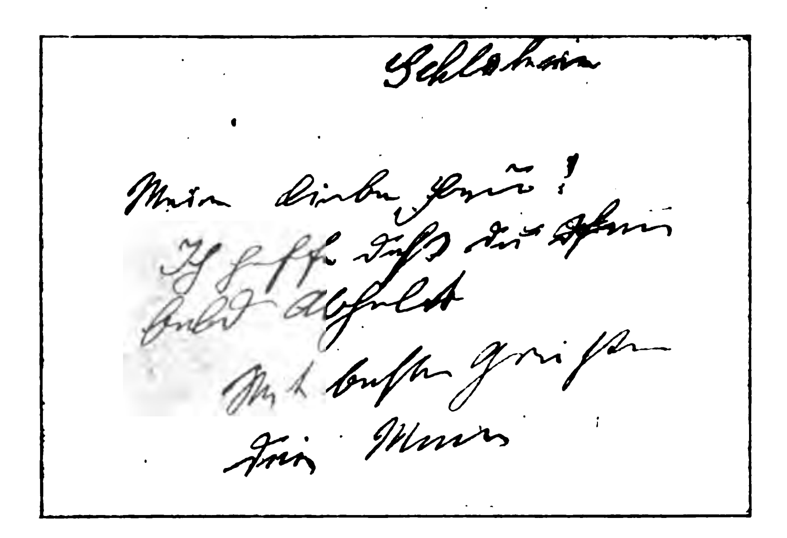

[illegible]
Mein [illegible] Frau!
Ich hoffe daß du [illegible]
bald abholst
Mit besten Grüßen
Dein [illegible]

Abb. 44. Paralyse.

bewußtsein und die Überzeugung von der eigenen Gesundheit in zum Teil charakteristischer Form hervortreten. Bestimmte Worte werden in anderer Schrift, durch große Buchstaben oder durch häufige Unterstreichungen hervorgehoben, um den Mitteilungen des Kranken mehr Nachdruck zu verleihen.

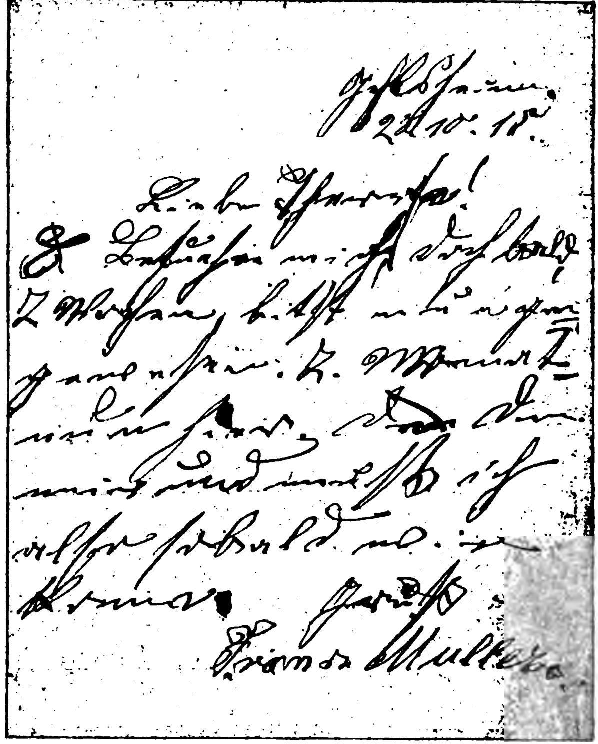


Abb. 45. Paralyse.

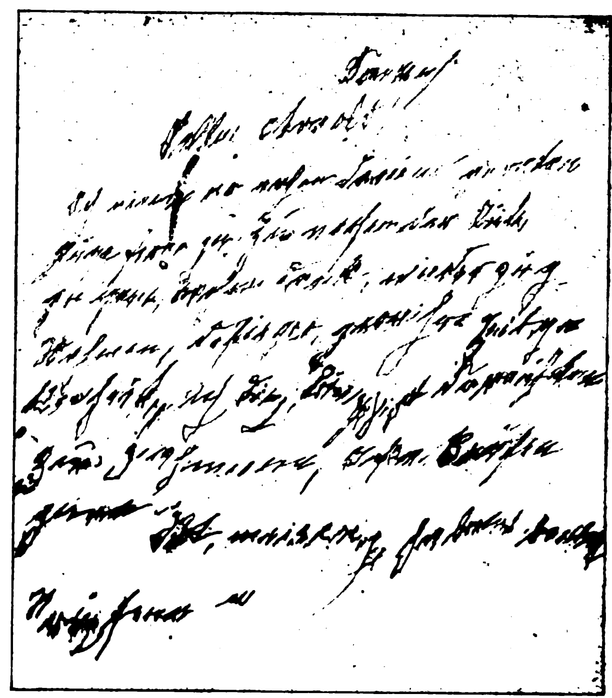


Abb. 46. Paralyse.

Für alle organisch verblödeten Kranken sind Auslassungen und Nachlässigkeiten in der Form so charakteristisch, daß gelegentlich aus dem

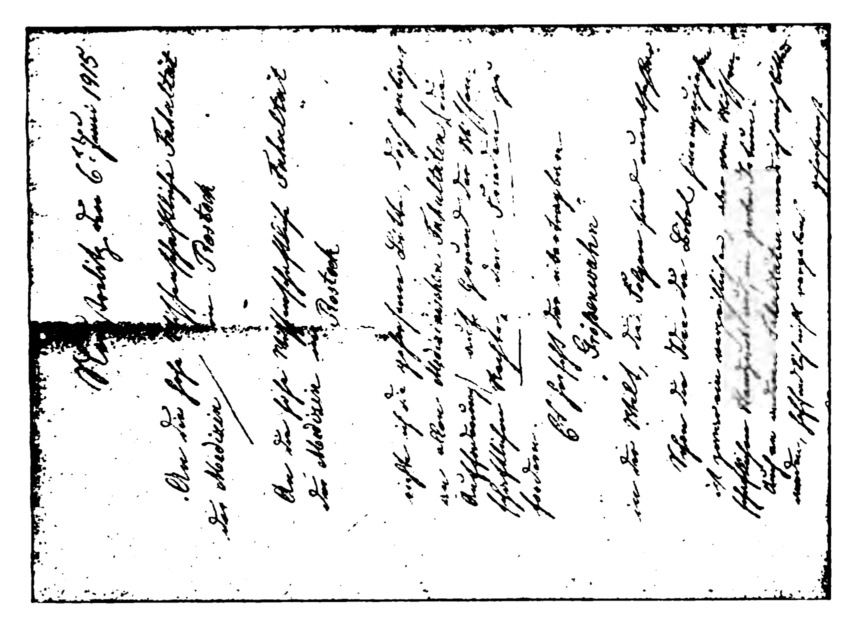


Abb. 47. Paralyse mit Größenideen.

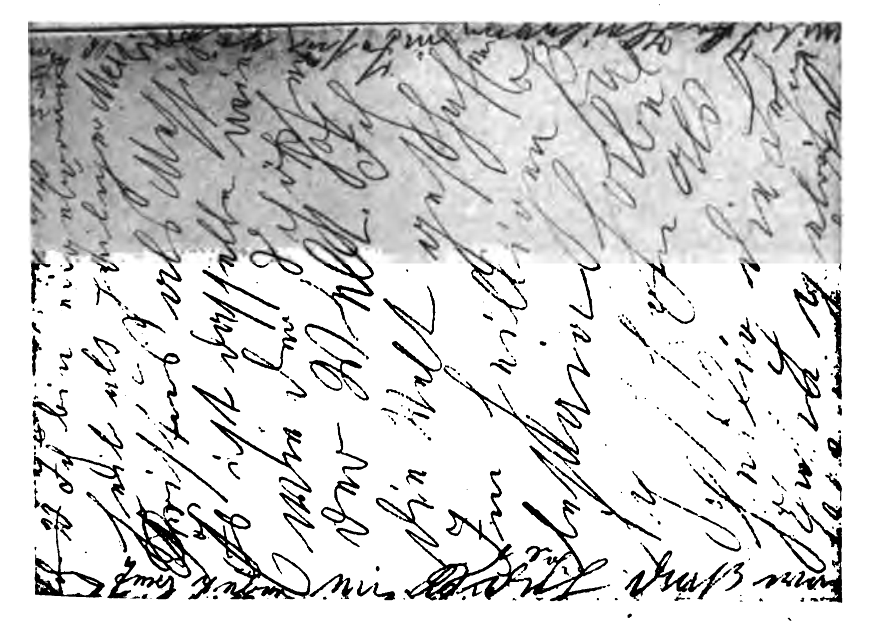
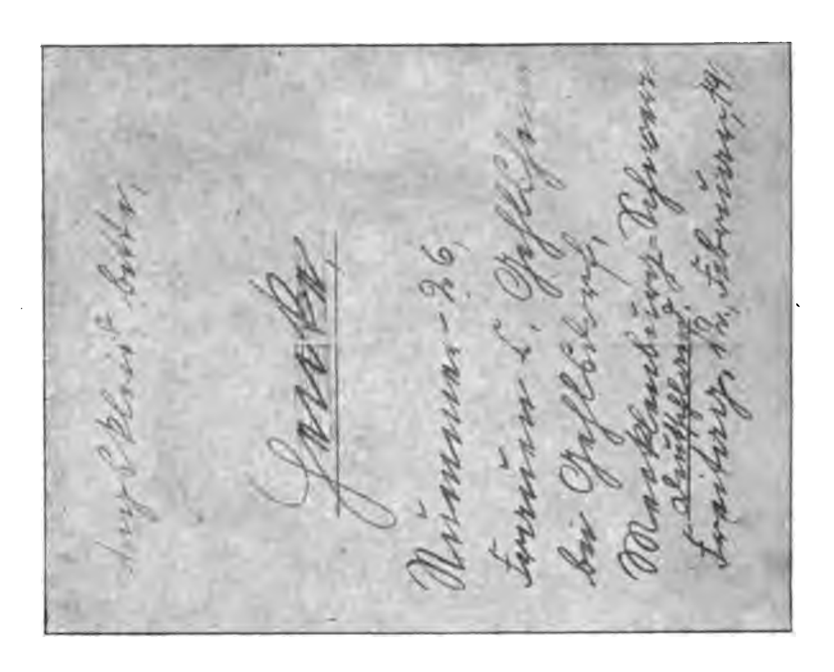


Abb. 48. Hebephrenie.

Vergleich der Briefe eines Patienten der Beginn einer **progressiven Paralyse** diagnostiziert werden kann. Zu beachten ist aber, daß leichte Störungen der

gleichen Art auch bei sehr eiligen oder bei ermüdeten gesunden Personen gerade in den studierten Kreisen nicht ganz selten angetroffen werden; im übrigen sei auf die Schriftproben hingewiesen.



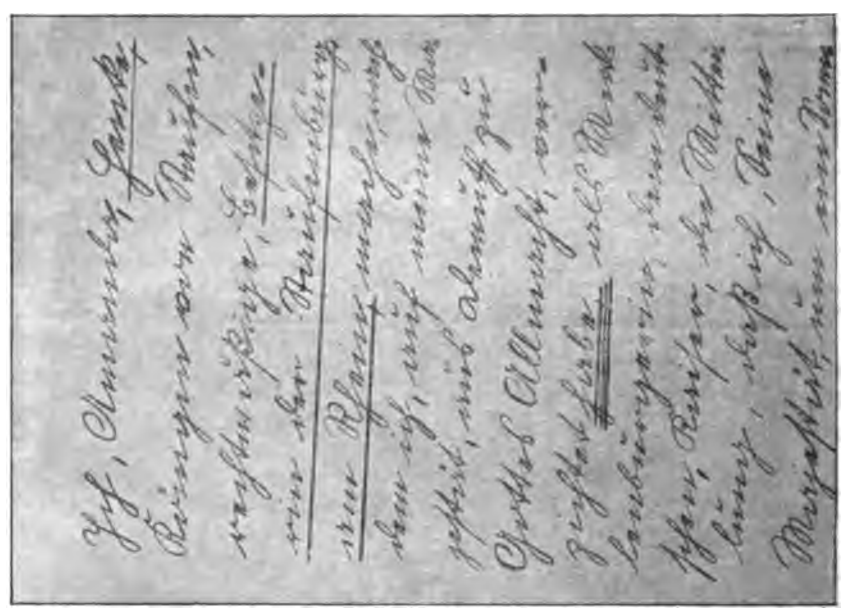


Abb. 49. Hebephrenie.

Bei der Dementia praecox äußern sich Erregung, Negativismus, Sperrung und noch mehr Bizarrerien, Manieren und Stereotypien auch in der Schrift.

Abb. 51. Katatonie. (Aus Köster, Schrift der Geisteskranken. Leipzig, Barth 03.)

Abb. 50. Katatonie.



Abb. 52. Schizophrenie.



Abb. 53. Schizophrenie.



Abb. 54. Schizophrenie.



Abb. 55. Schizophrenie.

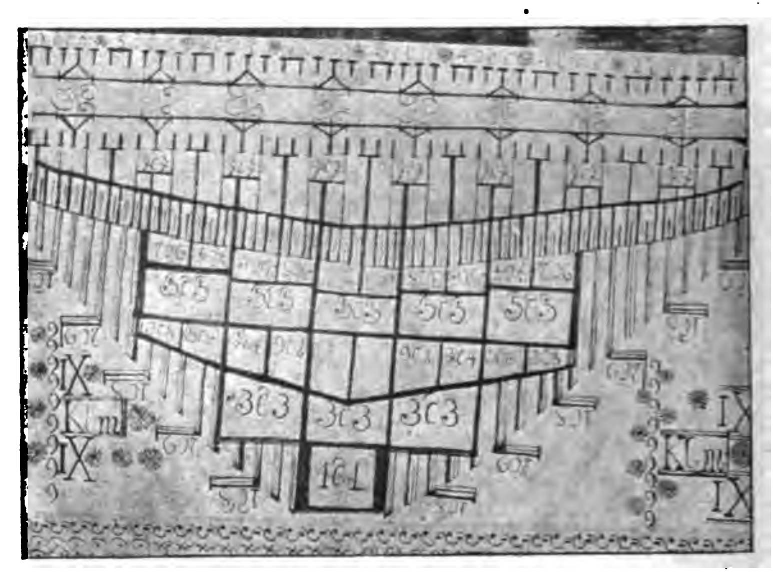


Abb. 56. Paranoide Form der Schizophonie.

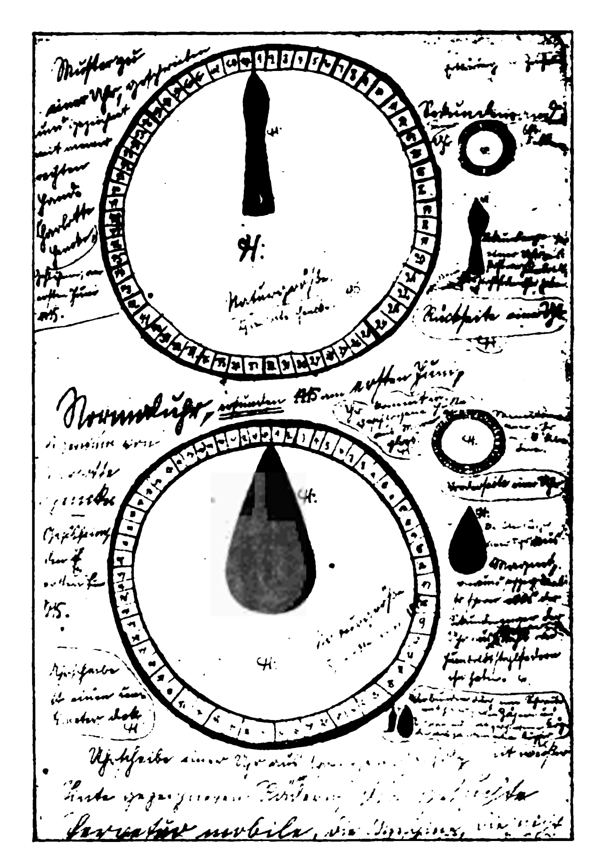


Abb. 57. Schizophrene „Erfindung".



Abb. 58. Querulantenwahn.

Man kann gelegentlich beobachten, wie ein Kranker immer wieder die Feder ansetzt und durch einen Gegenantrieb dann jedesmal verhindert wird zu schreiben, so daß nach Stunden noch der erste Buchstabe nicht vollendet ist. Die Wahl des Papiers oder der Tinte verrät absonderliche Neigungen; die Schriftzüge sind manieriert, oder die Art, wie der Bogen nur zum Teil mit Schriftzügen bedeckt, schräg oder in Spiralen beschrieben wird, ist bizarr. Auch im Inhalt treten häufig Bizarrerien zutage, die man nach der bloßen Unterhaltung nicht erwartet hatte. Gelegentlich werden solche Manieren stereotyp, wie die zu Hunderten von Malen von demselben Kranken in stets gleicher Art produzierte Probe 50 beweist. Der Launenhaftigkeit der ganzen Krankheit entspricht es, daß nicht selten Kranke verwirrt schreiben, die nicht verwirrt sprechen, und umgekehrt. Daß schließlich auch der Charakter mancher Wahnideen bei der Schizophrenie durch schriftliche Mitteilungen beleuchtet werden kann, zeigt ein Brief, in dem sich ein und dieselbe Kranke gleichzeitig als Herzogin und als Oberwärterin des Frauenklosets bezeichnet. Eine andere Kranke unterschreibt ihre sonst geordneten Briefe mit dem Namen eines fremden Mannes und erklärt auf Befragen, sie hätte sich für den Mann interessiert und, wenn er gewollt hätte, wäre sie heute seine Frau.

Einige katatonische Zeichnungen mögen für sich selbst sprechen. Sie zeigen die Bizarrerie des Denkens wie die der Form, sind eckig, steif und zugleich gesucht, manieriert.

Das letzte Bild[1]) ist das Titelblatt einer an die Öffentlichkeit gerichteten Schrift eines Querulanten.

[1]) Das ich der Freundlichkeit des Herrn Geheimrat Prof. Lesser in Breslau verdanke.

VII. Störungen der Intelligenz.

Begriff.

Unter Demenz verstehen wir einen dauernden Ausfall auf irgend einem Gebiet psychischer Leistungen und Fähigkeiten (Jaspers).

Um diese sehr weit gefaßte Begriffsbestimmung praktisch brauchbar zu machen, muß man das Wort „dauernd" betonen. Jede seelische Störung schädigt die geistige Leistungsfähigkeit, und Erregung, Hemmung oder Verwirrtheit z. B. wirken im Erfolg oft schlimmer als manche organische Verblödung. Trotzdem sprechen wir in solchen Fällen nicht von Demenz, weil der Ausfall mit dem Krankheitszustand wieder verschwindet. Nun gleichen sich aber auch organisch bedingte Mängel zuweilen wieder aus, und dadurch wird die Abgrenzung des Demenzbegriffes noch schwieriger. Heilbronner hat geradezu gesagt: wir sprechen von Demenz solange, als wir die Defekte für irreparabel halten. Das läßt sich heute kaum ganz bestreiten; eine zukünftige feinere Analyse wird aber voraussichtlich doch lernen, endgültige Ausfälle und vorübergehende Hemmnisse der geistigen Leistungsfähigkeit scharf auseinander zu halten.

Übrigens sollte man überhaupt nicht von einer Demenz schlechtweg sprechen. Man darf die Demenz ebensowenig als einheitlichen Zustand auffassen, wie ihr Gegenstück mit positivem Vorzeichen, die Intelligenz. Es ist grundfalsch, eine Intelligenz vorauszusetzen, die vom Genie bis zum Idioten nur in verschiedenen Graden über die Gehirne verteilt wäre, und es war ein großes Mißverständnis, wenn man noch in neuerer Zeit nach einem „Zentralfaktor", von dem mannigfache psychische Leistungen abhängen sollten, gesucht und in ihm gewissermaßen „die" Intelligenz erblickt hat. Jede geistige Leistung baut sich auf den verschiedensten Voraussetzungen auf, und selbst wenn die Gesamtsumme in zwei Fällen wirklich einmal gleich groß sein sollte, so brauchten ihre Komponenten darum noch nicht übereinzustimmen. Die psychischen Fähigkeiten eines Menschen hängen nicht bloß von seinem Urteil ab, sondern zugleich von der Schärfe der Auffassung, der Aufmerksamkeit, vom Merk- und Übungsvermögen, der sprachlichen Gewandtheit und schließlich auch von der Willenskraft und der mehr oder minder großen Ermüdbarkeit. Und da sich in dieser Reihe (in der von Phantasie und Produktivität z. B. noch nicht einmal die Rede ist) auch die Aufmerksamkeit findet, so werden wir die Intelligenz sogar vom Gefühl und ihre Mängel von gemütlichen Störungen nicht scharf trennen können. Ein gewisses Interesse, also ein Gefühl, ist Vorbedingung jeder scharfen Auffassung und jeder Erinne-

rung; ein Übermaß von gemütlicher Beteiligung aber trübt beides, und bestimmte Affektverknüpfungen führen zu Urteilstäuschungen und unverständigen Handlungen selbst bei sonst intelligenten Personen (vgl. dazu die Kapitel Störungen des Gefühls und Wahn- und überwertige Ideen.)

Intelligenz und Urteil.

Schon alle diese Faktoren aus den gegensätzlichen Begriffen „Intelligenz" und „Demenz" ganz auszuscheiden, wird praktisch immer Schwierigkeiten bereiten. Aber wir dürfen dabei noch gar nicht stehen bleiben. Liepmann hat einmal mit berechtigtem Stolz von der Herausnahme der Aphasie und der Apraxie „aus dem undifferenzierten Schleim des Demenzbegriffes" gesprochen. Die Beherrschung von Sprache und Bewegungen ist eine notwendige Vorbedingung der meisten seelischen Leistungen, aber sie macht nicht die Intelligenz selbst aus, und ihr Verlust bedeutet an sich noch keine Demenz. Hinsichtlich des Gedächtnisses liegen die Dinge ähnlich, nur noch verwickelter, und deshalb soll auf das Verhältnis von Gedächtnis und Intelligenz gleich ausführlicher eingegangen werden. Vorher werden wir uns darüber verständigen müssen, was denn übrig bleiben würde, wenn es gelänge, die Intelligenz rein darzustellen. Es ist klar, daß dieser Rest in dem Urteilsvermögen bestehen würde, so daß der Begriff der Demenz im strengsten Sinne mit dem der Urteilsschwäche zusammenfallen müßte.

Urteil ist das Verständnis für den Zusammenhang der Dinge, und seine höchste Leistung ist der Blick für das Wesentliche, der den genialen Menschen auszeichnet. Aber das Urteil ist, wie gut es auch im einzelnen Falle entwickelt sein mag, immer nur eine Disposition, über die keiner zu allen Zeiten gleich gut verfügt. Auch kluge Menschen machen gelegentlich recht große Dummheiten [1]). Aus einer Leistung kann man also nicht allzuviel schließen und man darf sich nicht einbilden, daß man kleine Störungen zu jeder Zeit experimentell nachzuweisen vermöchte. Worauf es ankommt, ist das Verhältnis zwischen richtigen und falschen, wertvollen und wertlosen Schlüssen (Bleuler), und so müssen die Äußerungen einer leichten Störung recht häufig in längerer Beobachtung abgewartet werden.

Auch das ist nach allem bisher Gesagten leicht verständlich, daß die üblichen Urteilsprüfungen bei uns nicht dement erscheinenden Personen (manisch-depressiven z. B.) oft schlechtere Resultate ergeben als bei anderen, die zweifellos dement sind (Heilbronner). Zum mindesten läßt sich der subjektiv sichere Eindruck des Schwachsinns in manchen Fällen schlecht formulieren und noch weniger beweisen. Auf physiologischem Gebiet ist es genau so; zu begründen, warum man einen Menschen für intelligent hält, ist keineswegs immer leicht, und so behält man Gesunden und Kranken gegenüber recht oft das wenig befriedigende Gefühl, als ob sich hinter den Einzelerscheinungen, die wir exakt zu fassen suchen, das eigentlich Wichtige, das, was das Wesen des Urteils und der Urteilsstörung erst ausmacht, noch verbergen würde.

---

[1]) Von den Dummheiten, die sie sagen, schon gar nicht zu reden. Der Ausspruch Louis Napoleons: „Der Reichtum eines Landes hängt vom allgemeinen Wohlstand ab" könnte gerade so gut von einem Schizophrenen stammen.



Intelligenztypen.

Die ganze Schwierigkeit beruht zum guten Teil darauf, daß eben Intelligenz und Intelligenz nicht dasselbe sind, und daß wir in dieser Hinsicht schon beim Normalen mit sehr zahlreichen individuellen Varianten rechnen müssen. Der eine urteilt schnell und macht gelegentlich Fehler, ist aber im ganzen gerade dieser Formel wegen sehr brauchbar; der andere läßt sich Zeit, irrt sich selten und dringt mit seinem Verstande viel tiefer; soll er aber schnell entscheiden und handeln, so erscheint er begriffsstutzig und dumm. Dazu gibt es nicht bloß rein theoretische und rein praktische Begabungen, sondern ganz spezielle Anlagen, die nur dann zur Entfaltung kommen, wenn der richtige Beruf ergriffen wird. Mancher gilt als nichtbegabt, der nur auf ein falsches Gleis geraten ist, und viele bleiben hinter dem Durchschnitt zurück, weil ihre wirkliche Begabung niemals geweckt wurde.

Intelligenz und Gedächtnis.

Schon deshalb ist es klar, daß auf pathologischem Gebiete viele Formen der Demenz vorkommen müssen. Selbst innerhalb der grob organisch bedingten Störungen kann die geistige Leistungsfähigkeit auf mehrfache Weise, von verschiedenen Angriffspunkten aus, geschädigt werden, und die Urteilsstörung bei der Schizophrenie vollends hat mit der der Paralytiker und Debilen sehr wenig zu tun. Aber wir sind bis heute, wie gesagt, überhaupt nicht imstande, den Begriff der Demenz auf die Störungen des Urteils zu beschränken.

Wer ohne Urteil ist, ist schwachsinnig; man kann jedoch auch schwachsinnig erscheinen, ohne daß eine primäre Urteilsstörung vorliegt. Es gibt eben, wie Heilbronner richtig hervorhebt, „Fähigkeiten, deren Erhaltensein oder selbst höchste Entwicklung die Untersuchten noch nicht als intelligent erscheinen lassen wird, und die doch nicht ausfallen können, ohne das Individuum defekt zu machen.“ Geistige Energie und Elastizität, Aufmerksamkeit, richtige Dämpfung und genügende Stärke der Gefühle, Sprachgewandtheit und manches andere nannten wir schon, jetzt soll noch auf die wichtigste Voranssetzung geistiger Leistungen, auf das Gedächtnis, eingegangen werden. Es ist klar, daß der im Leben erworbene Verlust oder das angeborene Fehlen des mechanischen Gedächtnisses notwendig zur Demenz führen müssen; denn Kenntnisse und Erfahrungen sind eine unerläßliche Vorbedingung aller geistiger Leistungen. Napoleon hat einmal gemeint: „Ein Gehirn ohne Gedächtnis ist wie eine Festung ohne Soldaten.“ Gewiß kann einmal ein Gesunder auch mit schlechtem Gedächtnis Großes leisten, aber eine krankhafte Unfähigkeit, Erfahrungen zu sammeln, wird, wie auch das Urteil beschaffen sein mag, praktisch immer als Schwachsinn aufgefaßt werden müssen.

Bonhoeffer spricht deshalb geradezu von einem „sozialen Schwachsinn“. Ein Mensch, dem das Leben besonders wenig Gelegenheit zum Lernen gibt, muß eben infolge dieses Mangels an Wissen versagen. Dazu kommt, daß auch das Urteil geübt werden muß und sich kaum bei Menschen entfalten wird, bei denen es niemals ernstlich in Anspruch genommen wird. Und endlich werden „schlechte Erziehung, mangelhafter Schulbesuch, andauernde Entbehrung geistiger Nahrung, Einengung des Interesses auf den Broterwerb und die Erhaltung des vegetativen Ich, schlechte Ernährung und unregelmäßiges

Leben nicht bloß Defekte des Wissens und Urteils, sondern auch eine im ganzen ausschließlich egoistische, also auch moralisch tiefstehende Denkrichtung erzeugen" müssen (Bonhoeffer).

Für die praktische Beurteilung des sozialen ebensowohl wie des angeborenen Schwachsinns ist nun überaus wichtig, daß der Besitzstand an Kenntnissen bei vielen gesunden Menschen ungemein klein ist. Sehr viele „Defekte", die man früher, namentlich auch in gerichtlichen Gutachten, als Beweis des Schwachsinns angeführt hat, sind durchaus normal. Vielleicht ist das geistige Inventar bei den „Ungebildeten" nicht überall so gering, wie es Rodenwald (auf Heilbronners Veranlassung) bei 174 Rekruten festgestellt hat; denn von seinen Resultaten muß wohl manches abgezogen werden, was auf Ermüdung, Mangel an gutem Willen oder Befangenheit dem Vorgesetzten gegenüber beruht hat, und außerdem dürfen diese in Schlesien getroffenen Feststellungen nicht ohne weiteres auf andere Bezirke Deutschlands (insbesondere nicht auf den Westen) übertragen werden. Trotzdem wird man damit rechnen müssen, daß ein „völliger Mangel an sozialer Orientierung und eine gänzliche Unkenntnis der politischen und sozialen Rechte" eine gemeinsame Eigentümlichkeit mindestens sehr vieler Rekruten bilden. An Kenntnissen darf man nach Rodenwald „fast nichts" voraussetzen. Das, was von seinen Soldaten wirklich alle konnten, war das Zählen von 1—20, das Aufzählen der Monate, der nächsten Bahnstationen vom Heimatdorf, die Benennungen der Himmelsrichtungen, die Länge der Monate, der Name des Kaisers, die Hauptstadt von Deutschland. Selbst die Jahreszeiten wußten von 174 nur 164.

Rodenwald hat übrigens ausdrücklich betont, spezielle Unterhaltungen über den Beruf der untersuchten Personen hätten sehr viel bessere Resultate auch nicht ergeben. Die Feststellung war für die Beurteilung seiner Ergebnisse unbedingt nötig; denn es ist klar, daß ein Bauer andere Dinge wissen und über andere Dinge zutreffend urteilen wird als ein Kaufmann der Großstadt, und daß Irrtümer, die bei einem Schreibtischarbeiter vielleicht unterlaufen mögen, bei einem praktisch tätigen Menschen bedenklich sein können und umgekehrt.

Intelligenz und Sprache.

Die bisher erörterten diagnostischen Schwierigkeiten werden, und zwar nicht bloß bei Angehörigen der gebildeten Stände, dadurch noch größer, daß zahlreiche Begriffe und Urteile nur scheinbar erworben, das heißt, rein gedächtnismäßig und äußerlich erlernt werden, weil die Sprache sie in bestimmten Ausdrücken, gebräuchlichen Redewendungen, Sprichwörtern usw. fertig überliefert. Jeder Mensch, und zwar der intelligente im Durchschnitt noch mehr als der unbegabte, arbeitet mit fertigen Urteilen, die sich in irgend einer sprachlichen Form niedergeschlagen haben, und die er nun rein gedächtnismäßig, ohne neue Urteilsleistung, als Glieder neuer Gedankenreihen und als die Voraussetzungen weitergehender Schlußfolgerungen verwendet. Es gibt vieles, sagt Jaspers, was nicht ein jeder begreifen kann; was aber begriffen ist, kann bei getreuem Gedächtnis fast mechanisch reproduziert werden, und seien es die kompliziertesten Gedanken. Ohne diese Einrichtung würden wir gerade zu den höchsten geistigen Leistungen zum mindesten viel mehr Zeit

gebrauchen. Aber neben diesem Vorzug enthält sie auch eine Gefahr: weil sie in diese feste Form eingegangen sind, werden die Urteile schwer wieder geprüft und veranlassen durch diese Erstarrung spätere Irrtümer. Dazu kommt — was noch bedenklicher ist —, daß die Schlüsse keineswegs immer selbst gezogen, sondern recht häufig von andern übernommen werden. Wir tragen alle mannigfache Vorurteile mit uns herum, die wir aufgeben würden, wenn wir nur einmal Veranlassung fänden, selbst gründlich über sie nachzudenken.

Natürlich ist dieser Fehler bei dummen Menschen häufiger als bei intelligenten. Erethisch Imbezille, die oft über eine erhebliche sprachliche Gewandtheit verfügen, lernen fast immer eine Menge fertiger Urteile nach Art altkluger Kinder nachplappern, und der Nachweis, daß hinter ihren Worten kein rechter Sinn, kein wirkliches Verständnis steckt, braucht nicht in jedem Augenblick zu gelingen.

Ein ganz ähnlicher Vorgang kann aber auch ihre Lebensführung günstig beeinflussen; unter der Wirkung der Familientradition bleiben sie lange unauffällig, und erst wenn sie aus dem alten Gleis heraus in neue Verhältnisse kommen, versagen sie und schädigen sich und andere durch ihre Torheit. Namentlich in den höheren Gesellschaftskreisen werden viele Defekte des Urteils, wenn sie nur mit solchen des Gedächtnisses und damit der äußeren Erziehbarkeit nicht zusammenfallen, oft lange durch sprachliche Gewandtheit und konventionelle Formen verdeckt.

Intelligenz und soziale Brauchbarkeit.

Aus alledem folgt eine Regel, die allgemein anerkannt und unentbehrlich, aber zugleich doch auch recht bedenklich ist: gar nicht selten werden wir die Intelligenz und den Schwachsinn nach dem Erfolg, nach den bisherigen Lebensschicksalen des Kranken beurteilen müssen [1]). Bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eines des Schwachsinns verdächtigen Menschen legt wohl jeder Sachverständige Wert auf die Feststellung, ob sich etwaige Mängel der geistigen Anlage nicht schon in der sonstigen Lebensführung geäußert haben. Eine vorwurfsfrei geleistete militärische Dienstzeit z. B. wird dabei ebenso als Beweis gegen die Annahme eines erheblichen Schwachsinns dienen, wie häufiger Stellenwechsel, dauernde geschäftliche Mißerfolge, törichte Verlobungen und Heiraten etc. dafür sprechen.

Man kann demgegenüber betonen, daß die soziale Leistungsfähigkeit eines Menschen noch von anderen Faktoren abhängt als von rein intellektuellen, und daß sozial unfähige Leute, bei denen experimentell keine Intelligenzstörung nachgewiesen werden kann, nicht als dement gelten dürfen. Das Unglück ist aber, daß gelegentlich auch einer sozial brauchbar ist, bei dem die experimentelle Prüfung recht große Mängel aufweist. Und so müssen wir, wenn wir ehrlich sein wollen, eingestehen, daß wir den Begriff der Intelligenz nicht scharf fassen und zum mindesten von dem der Persönlich-

---

[1]) Bei der Beurteilung der Intelligenz im Leben machen wir es gerade so; mancher gilt solange als dumm, blödsinnig, hirnverbrannt, bis eine Erfindung großen praktischen Erfolg hat, und manche Leistung wird angestaunt, obwohl ihr berühmter Urheber inzwischen senil geworden ist.

keit nicht trennen können. Daß das negative Extrem, eine tiefe Verblödung, schließlich auch die Persönlichkeit zerfallen läßt, ist freilich nicht wunderbar; aber gerade auch die leichtesten Grade der erworbenen Demenz lassen uns häufig im Zweifel darüber, ob wir, anstatt von einer Störung der Intelligenz, nicht richtiger von einer solchen der Persönlichkeit sprechen sollten. Erinnert sei nur an die Schizophrenie und an die leichtesten Grade der senilen Verblödung. Die soziale Leistungsfähigkeit sinkt in solchen Fällen, aber der Nachweis von Störungen, die wirklich unmittelbar die Intelligenz angehen, gelingt darum keineswegs immer. Wohl aber sind die Menschen andere geworden; ihr Charakter ist umgestaltet, und nur die Formel fehlt, die diese Umgestaltung für mehrere ähnliche Fälle einheitlich ausdrückt.

Untersuchungsmethoden.

Binets Tests.

Man hat neuerdings mehrfach versucht, eine Besserung dieses unbefriedigenden Zustandes durch groß angelegte, exakte Untersuchungen wenigstens anzubahnen. Ein solcher Versuch ist der von Binet und Simon, die zunächst für Kinder einen Kanon, nicht sowohl des Wissens als der Fähigkeiten, aufzustellen bemüht gewesen sind. Die so gewonnenen Tests sollen in der Bearbeitung von Bobertag gleich mitgeteilt werden. Es seien ihnen aber einige kritische Bemerkungen vorangeschickt, die schon ihre Brauchbarkeit für die Kinderpsychologie, in noch höherem Maße jedoch ihre Anwendung auf die Psychiatrie und speziell auf die psychiatrische Untersuchung auch des Erwachsenen betreffen. Eine genaue Durchsicht der Tests zeigt, daß mit ihnen nicht nur die Begabung des betreffenden Kindes, sondern auch die Sorgfalt und die spezielle Form geprüft werden, mit der die Eltern die Erziehung geleitet haben. Insofern wird der negative Ausfall einer solchen Untersuchung die Diagnose einer Intelligenzstöruug selbst bei Kindern nicht ohne weiteres rechtfertigen. Noch weniger aber wird sich die Methode auf Erwachsene übertragen lassen. Binets Tests schließen nur das 13. Lebensjahr noch mit ein; eine weitere Fortführung würde auch großen Schwierigkeiten begegnen, weil von da an die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten zu mannigfaltig sind, als daß sie sich in ein allgemeines Schema hineinpressen ließen. Eben deshalb geht es aber auch nicht an, den Grad des Schwachsinns eines Erwachsenen durch den Vergleich mit einer bestimmten kindlichen Altersstufe auszudrücken, auf der er etwa stehen geblieben sein soll. Der angeborene Schwachsinn schafft im Vergleich zum gesunden Geschehen vollkommen neue Bedingungen der geistigen Entwicklung und er äußert sich keineswegs nur darin, daß diese Entwicklung eine bestimmte Stufe der normalen Skala verspätet erreicht, um dann ganz stehen zu bleiben. Ein von Geburt an urteilsschwacher Mensch wird sich die Kenntnis sämtlicher Münzen z. B., die vom 10. Jahre verlangt wird, sehr wohl verschaffen und er wird auch ebensogut wie ein 12jähriger 7 Zahlen wiederholen können, aber er wird vielleicht schon versagen, wenn er zwei Dreiecke zu einem Viereck zusammensetzen soll, was nach den Tests bereits einem 5jährigen Kinde gelingt.

Tests nach Binet-Simon.

Drei Jahre.

1. Mund, Augen, Nase zeigen.
2. Nachsprechen von sechssilbigen Sätzen und
3. zwei einstelligen Zahlen.
4. Beschreibung eines Bildes (Aufzählen der Teile).
5. Angabe des Familiennamens.

Vier Jahre.

1. Benennen vorgezeigter Gegenstände.
2. Wiedergabe von drei Zahlen.
3. Angabe des Geschlechtes.
4. Vergleichen zweier Linien.

Fünf Jahre.

1. Vergleichen zweier Kästchen von verschiedenem Gewicht (3 und 12 g, 6 und 15 g).
2. Wiederholen von Sätzen mit zehn Silben.
3. Vier Gegenstände (Pfennige) abzählen.
4. Zusammensetzspiel (zwei Dreiecke nach Vorlage zu einem Rechteck zusammensetzen.)
5. Abzeichnen eines Quadrates.

Sechs Jahre.

1. Rechts und links unterscheiden.
2. Vor- und Nachmittag unterscheiden.
3. Angabe des Alters.
4. Ausführung dreier gleichzeitiger Aufträge.
5. Wiederholung der Sätze mit 16 Silben.
6. Ästhetische Vergleiche (Unterscheidung von schönen und häßlichen Bildern).
7. Definieren von Konkretem (Zweckangaben).

Sieben Jahre.

1. Beschreibung eines Bildes (Angabe der Einzelheiten).
2. Bemerken von Lücken in Zeichnungen.
3. Abschreiben geschriebener Worte.
4. Abzählen von dreizehn Gegenständen (Pfennigen).
5. Zahl der Finger angeben.
6. Abzeichnen eines Rhombus.
7. Kenntnis von vier Geldmünzen.
8. Wiederholen von fünf Zahlen.

Acht Jahre.

1. Dreimal einen Pfennig und dreimal zwei Pfennige zusammenzählen.
2. Kenntnis der vier Hauptfarben.
3. Von 20—0 rückwärts zählen.
4. Vergleichen zweier Gegenstände aus dem Gedächtnis.
5. Angabe von Erinnerungen an Gelesenes (mindestens zwei Erinnerungen.)

Neun Jahre.

1. Angabe des Datums mit Monat, Jahr und Wochentag.
2. Aufsagen der Wochentage.
3. Ordnen von fünf Kästchen nach dem Gewicht (3,6, 9, 12, 15 g).
4. Achtzig Pfennige auf eine Mark herausgeben.
5. Definieren von Konkretem (Oberbegriff u. ä.).
6. Angaben von Erinnerungen an Gelesenes (mindestens sechs Erinnerungen.)

Zehn Jahre.

1. Aufsagen der Monate.
2. Kenntnis sämtlicher Münzen.
3. Bilden von zwei Sätzen mit drei gegebenen Worten.
4. Drei leichte Intelligenzfragen (was muß man tun, wenn man den Zug verpaßt hat u. ä.).
5. Fünf schwere Intelligenzfragen (was muß man tun, ehe man etwas Wichtiges unternimmt? u. ä.).

Elf Jahre.

1. Kritik absurder Sätze.
2. Bilden eines Satzes mit drei Worten.
3. Finden von mindestens 60 Worten in 3 Minuten.
4. Definieren von abstrakten Begriffen.
5. Ordnen von Worten zu einem Satz.

Zwölf Jahre.

1. Wiederholen von sieben Zahlen.
2. Wiederholen von Sätzen mit 26 Silben.
3. Finden von Reimen.
4. Ergänzen von lückenhaften Texten.
5. Betrachten eines Bildes mit Erklärung des Gesamtzusammenhanges.

Korrelationen.

Eine zweite moderne Methode des Intelligenzstudiums ist die von Krüger und Spearman. Wir haben sie oben schon kurz erwähnt und ihre Auswüchse, die den Erfindern nicht zur Last gelegt werden dürfen, zurückgewiesen. Die Autoren sind bemüht gewesen festzustellen, ob und in welchem Grade die verschiedenen Komponenten, die die Intelligenz des Menschen zusammensetzen, die Neigung haben, zusammen aufzutreten bzw. sich gegenseitig auszuschließen. Der Grad des Zusammentreffens mehrerer Dispositionen wird nach der Bravaisschen Formel in einem sogenannten Korrelationskoeffizienten ausgedrückt. Dabei haben sich hohe und konstante Korrelationen zwischen allen geprüften Fähigkeiten (Tonhöhenunterscheidung, Ebbinghaussche Kombinationsmethode, Prüfung der taktilen Raumschwelle, Addieren einstelliger Zahlen) mit Ausnahme einer einzigen, der des Auswendiglernens, herausgestellt. Aber mit wirklicher Intelligenz haben alle diese Funktionen doch noch sehr wenig gemein.

Im Anschluß an diese Untersuchungen aben Foerster und Gregor die Frage geprüft, ob sich zwischen den Leistungen schwachsinniger Individuen (Paralytiker) solche Korrelationen ebenfalls nachweisen lassen, und ob bei der

Verblödung normalerweise korrespondierende Funktionen zusammen, nichtkorrespondierende dagegen unabhängig voneinander verloren gehen. Die Autoren haben die Frage bejaht, und es seien deshalb die Zahlen, die sie gefunden haben, unten kurz wiedergegeben. (Dazu ist zu bemerken, daß die Zahl + 1 vollkommene Proportionalität, die Zahl — 1 vollkommen umgekehrte Proportionalität, die Zahl 0 die völlige Unabhängigkeit bedeutet, oder anders ausgedrückt, es besteht ein um so innigerer Zusammenhang zwischen den Leistungen, je näher der Koeffizient der + 1 kommt.) Außerdem aber haben die Autoren die noch wichtigere Tatsache gefunden, daß eine außerhalb dieser Korrelationen stehende Leistung, die Lernfähigkeit, in manchen Fällen mehr, in anderen Fällen weniger Not leidet als die anderen Funktionen.

Korrelationen zwischen verschiedenen psychischen Funktionen.	Koeffizient
Addieren und Kombinieren	0,87
„ „ Schreiben	0,74
„ „ Lesen	0,38
„ „ Auswendiglernen	0,01
„ „ Auffassen	0,08
Kombinieren und Schreiben	0,72
„ „ Lesen	0,51
„ „ Auswendiglernen	0,16
„ „ Auffassen	0,09
Schreiben und Lesen	0,52
„ „ Auswendiglernen	0,39
„ „ Auffassen	0,27
Auswendiglernen und Auffassen	0,31.

Im Anschluß an diesen allgemeinen Vorbemerkungen möge jetzt zunächst die in der Klinik üblichen Untersuchungsmethoden besprochen werden.

Klinische Untersuchungsmethoden.

Aufmerksamkeit und Auffassung.

Nach dem, was oben über die Vorbedingungen der Intelligenz gesagt worden ist, versteht es sich von selbst, daß jeder Intelligenzprüfung eine Untersuchung der Aufmerksamkeit und der Auffassung vorausgehen muß. In der Regel werden dazu besondere Methoden nicht erforderlich sein; die einfache Unterhaltung wird zeigen, ob der Kranke Fragen versteht und genügend aufmerkt, um ihm gestellte Aufgaben zu lösen. In schwierigen Fällen kann die Aufmerksamkeit nach Bourdon damit geprüft werden, daß der Patient in einem gegebenen Texte alle n und e unterstreichen muß. Von den experimentellen Methoden der Auffassungsprüfung haben diejenigen, die im wesentlichen in der zeitlich beschränkten Exposition eines optischen Reizes (Bild, Schriftzeichen, Satz) bestehen, so gut wie gar keine praktische Bedeutung erlangt, und wertvoll ist nur das Verfahren von Heilbronner geworden, der einfache Gegenstände auf kleinen Bildchen mit zunehmender Deutlichkeit und immer

schärferer Ausführung darstellt (vgl. Abb. 54) und nun zusieht, in welchem Bilde einer Reihe der Kranke den betreffenden Gegenstand schon erkennt.

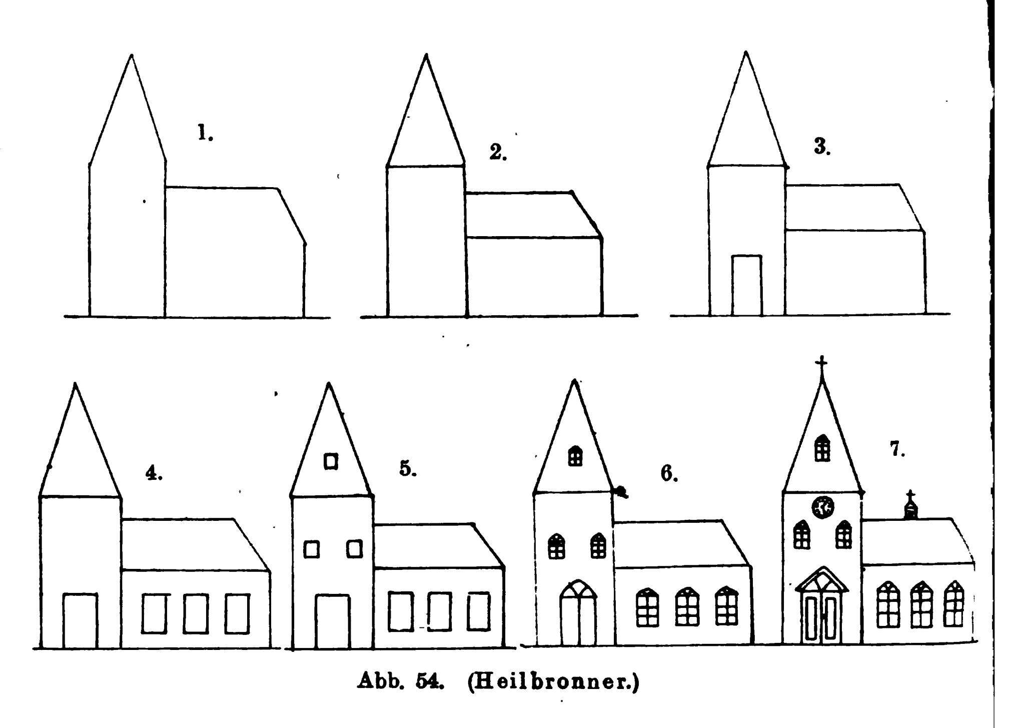


Abb. 54. (Heilbronner.)

Charakteristischerweise erhält man so bei Schizophrenen oft normale, bei Epileptikern dagegen schlechte Resultate.

Inventar.

Ist das Verhalten der Auffassung und der Aufmerksamkeit klargestellt, so wird in der Regel die Aufnahme des geistigen Inventars erfolgen müssen, so wie wir sie bei Besprechung der Gedächtnisstörungen geschildert haben.

Dabei ist scharf zwischen Schul- und Lebenswissen und ferner zwischen rein mechanisch erlernten Kenntnissen und solchen zu unterscheiden, die nur vermöge einer Urteilsfunktion zum geistigen Besitz geworden sein können. Daß bloß sprachlich fixierte, also rein mechanisch erlernte Urteile so weit wie möglich von früher selbst gedachten zu trennen sind, versteht sich nach dem oben darüber Gesagten von selbst; aber auch das ist zu beachten, daß auch durch eigenes Denken erworbene Schlüsse von inzwischen schwachsinnig gewordenen Menschen noch mechanisch wiederholt werden können.

Natürlich muß sich bei diesen Prüfungen die Art der Fragestellung dem Bildungsniveau des Kranken anpassen. Nicht ganz selten werden Menschen von nicht erfahrenen Ärzten auf Grund schematischer Prüfungen für schwachsinnig erklärt, die es tatsächlich nicht sind und die nur die ihnen ungewohnten, zu abstrakt oder zu kompliziert ausgedrückten Fragen des Untersuchers nicht schnell genug aufgefaßt hatten.

Urteilsprüfung.

Die letzte und wichtigste Aufgabe der Untersuchung, die Prüfung des Urteils, ist keineswegs leicht. Ein Schema hierfür zu geben ist beinahe unmöglich; nur die gröbsten Abweichungen vom normalen Geschehen werden sich in den Maschen eines solchen Netzes fangen können. „Originelle oder gar generale Gedanken, feine oder witzige Urteile haben bekanntlich etwas so Spontanes, kommen so ungerufen, daß sie sich nicht dem Zwange einer Untersuchung unterwerfen. In bezug auf alles dieses ist man eben auf die gewöhnliche, unmethodische Beobachtung angewiesen, wobei wohl zu beachten ist, daß gerade der Verlust solcher feinerer Geistestätigkeiten bei manchen Hirnkrankheiten ein sehr wichtiges Symptom ist. Bei diesen rein individueller Begabung angehörigen Geistesäußerungen fehlt dem Arzt aber in der Regel auch den Kranken gegenüber der Vergleich mit der gesunden Norm. Wenn er ihn in gesunden Tagen nicht gekannt hat, so kann er aus eigenem Urteil nicht entscheiden, was die Hirnkrankheit weggenommen; denn in bezug auf Originalität, Generalität, Witz, Takt, Geschmack, Feinfühligkeit gibt es eben keinen Durchschnittsmenschen."

Diese Worte Riegers gelten auch heute noch. Jeder Irrenarzt kann sich anläßlich eines Erkrankungsfalles in seinem Bekanntenkreise davon überzeugen, daß er feinste intellektuelle Defekte bei gebildeten Menschen nur dann festzustellen vermag, wenn er den betreffenden Kranken in gesunden Tagen gekannt hat.

In jedem Falle — auch wenn es sich um die Feststellung viel gröberer Mängel handelt — führt uns die einfache Unterhaltung in der Regel weiter als jede schematische Prüfung. Sie würde sich am besten innerhalb des Interessenkreises des Kranken bewegen, nur weiß leider der Arzt in diesem Kreise selten Bescheid, und Gebiete, die sowohl den Kranken wie ihn selber einigermaßen angehen, werden sich nicht immer finden lassen.

Tatsächlich arbeiten wohl nur wenige Psychiater regelmäßig bei allen Kranken mit schematischen Untersuchungsmethoden. Gelegentlich sind diese Methoden aber deshalb brauchbar, weil sie den Eindruck des Schwachsinns in objektiver Form festzuhalten erlauben, was für praktische, z. B. forensische Zwecke natürlich erwünscht ist. Ich habe deshalb im folgenden die geläufigsten Methoden (im Anschluß an die Darstellungen von Ziehen, Sommer und Aschaffenburg sowie an das Referat von Jaspers) zusammengestellt. Von allgemeinen Bemerkungen soll den bisher gemachten die eine noch hinzugefügt werden, daß neben der Art der Antwort auch die Reaktionszeit beachtet und eventuell notiert werden muß.

Unterschiedsfragen.

Wernicke hat als erster auf den Wert der sogenannten Unterschiedsfragen hingewiesen. Ziehen fragt nach dem Unterschied von

Hand und Fuß,
Ochs und Pferd,
Vogel und Schmetterling,
Tisch und Stuhl,
Baum und Strauch,
Korb und Kiste,
Treppe und Leiter,
Teich und Bach,

Apfel und Birne,
Glas und Tasse,
Fliege und Biene,
Wasser und Eis,
Tür und Fenster,
Wolle und Leinen,
Kind und Zwerg,
Borgen und Schenken,
Geiz und Sparsamkeit,
Irrtum und Lüge.

und bei Gebildeten außerdem nach dem von

Mord und Totschlag,
Rechtsanwalt und Staatsanwalt,
Park und Wald.

Bei der Beurteilung der Resultate wird man zunächst beachten müssen, daß diese Fragen keineswegs gleichwertig sind. Klieneberger erhielt auch von Studenten auf einfache Fragen recht schlechte Antworten, und viele geistesgesunde und gebildete Menschen stutzen, wenn sie den Unterschied zwischen Ochs und Pferd z. B. bezeichnen sollen. Jedenfalls wird man eine ungeschickte Antwort auf solche Fragen so lange diagnostisch nicht verwerten dürfen, bis man der untersuchten Person näher angegeben hat, was man von ihr zu wissen wünscht. Auch dann werden noch Unterschiede der sprachlichen Gewandtheit zutage treten, die mit der Intelligenz an sich nichts zu tun haben, und deshalb muß der Untersucher häufig den richtigen Kern aus einer ungeschickt formulierten Antwort erst herausschälen. Ziehen sagt mit Recht, wenn auf die Frage Treppe — Leiter die Antwort erfolgt: bei der Leiter ist Luft dazwischen, so sei die Leistung als recht gut zu betrachten und ebenso sei die Definition der Lüge gegenüber dem Irrtum: „beim Lügen bekommt man Angst", durchaus normal. Sind auch solche Antworten nicht zu erlangen, so müssen Zwischenfragen, wie die: „Was ist schlimmer" gestellt oder Beispiele gegeben werden, über deren Zugehörigkeit zur einen oder zur anderen Kategorie sich der Kranke zu äußern hat.

Definitionsfragen.

Ebenso beliebt sind die Definitionsfragen. Was ist Pflicht, was ist Dankbarkeit, Neid, Tapferkeit? sind aber Fragen, die sich in dieser Form für viele ungebildete Menschen als zu schwer erweisen. Eher sind sprachlich ungewandte und speziell für logische Formulierungen nicht begabte Leute in der Lage, Beispiele aus ihrer Erfahrung zur Erläuterung dieser Begriffe zu geben oder selbst welche zu erfinden. Noch leichter wird es manchen Menschen, umgekehrt zu einer ihnen mitgeteilten kleinen Geschichte das entsprechende Schlagwort zu suchen. So erzählt Ziehen: „Ein Mädchen sieht, daß ein anderes Mädchen ein viel schöneres Kleid hat, und gönnt ihm das Kleid nicht, weil es das Kleid selbst haben möchte, wie nennt man das?" Aber gerade diese Beispiele und die Hilfsfragen, die sie oft notwendig machen, zeigen am besten, daß man mit einer gewöhnlichen Unterhaltung über die aktuellen Verhältnisse des Kranken eigentlich viel weiter kommt.

Generalisationsfragen.

Ebenso wird man den Wert der sogenannten Generalisationsfragen, die Ziehen vorschlägt, nicht allzu hoch anschlagen dürfen. Eine solche Frage



lautet z. B.: was sind der Adler, die Ente, die Gans, der Storch, das Huhn alle zusammen, oder wie nennt man sie mit einem Wort? Bekanntlich werden solche Dinge auf der Schule gelernt; wer sie behalten hat, wird entsprechende Aufgaben auch dann lösen können, wenn er inzwischen schwachsinnig geworden ist, und ein anderer — natürlich ist nur von ungebildeten Menschen die Rede —, den solche Definitionen niemals interessiert haben, wird sie verfehlen, ohne daß deshalb ungünstige Schlüsse auf seine Intelligenz gezogen werden dürfen.

Kombinationsmethoden,

Zweckmäßiger sind die sogenannten Kombinationsmethoden. Hierher gehört z. B. die von Masselon, der aus drei Worten einen Satz bilden läßt, und die von Ebbinghaus, bei der der Kranke in einen einfachen, zusammenhängenden Text bestimmte, absichtlich ausgelassene Silben und Wörter interpolieren soll. Als Beispiel mag ein mittelschwerer Text dienen.

„Nach langer Wand . . . . . in dem fremden Lande fühlte ich . . . . so schwach, daß ich . . . . . Ohn . . . . . nahe war. Bis . . . Tode . . . mattet s . . . ich ins Gras nieder und sch . . . . bald ein, fester als . . mals im . . . . . . Leben. Als ich erw . . . . ., war der Tag längst . . gebrochen; die S . . . . .strahlen schienen . . . ganz unerträglich ins . . . ., da ich auf . . . Rücken . . . . Ich wollte . . . ., aber sonderbarerweise konnte ich . . . . Glied . . . . ., ich . . . . mich wie . . . lähmt. Verwundert bl . . . . . ich um mich, da entdeckte ich, daß meine Arme und B . . . ., ja selbst meine damals sehr l . . . . . und dicken Haare mit Schnüren und Bin . . . an Pflöcken . . . . stigt waren, welche fest in der Erde . . . .“

Gelegentlich hat man übrigens den Text durch eine Reihe von Bildern ersetzt, die in ihrer Gesamtheit ein Geschehnis darstellen, und von denen das eine oder das andere dem Kranken vorenthalten wird, damit er es dann ergänzt.

Viel benutzt wird ferner das Umkehren geläufiger Reihen, wie der Zahlen, der Wochentage, der Monate z. B., das den meisten geistig gesunden Menschen gelingt.

Auch die Legspiele der Kinder werden von Ziehen als Kombinationsmethode benutzt.

Gleichungsmethoden.

Besonderen Wert legt derselbe Autor endlich auf die Gleichungsmethoden, z. B. „ich denke mir eine Zahl, die sollen Sie einmal raten; wenn ich 5 hinzuzähle, kommt 12 heraus, welche Zahl habe ich mir gedacht?“ Auch die Regeldetriaufgaben gehören hierher. (2 Eier kosten 10 Pfennige, wieviel kosten 3?) Was das Rechnen sonst angeht, so ist natürlich das Addieren leichter als das Subtrahieren, das Multiplizieren (soweit das Resultat nicht mechanisch haftet) schwerer als beides und das Dividieren am schwersten.

Assoziationsversuch.

Besonders große Hoffnungen hat man eine Zeit lang auf den Assoziationsversuch gesetzt, und in der Tat wird er gerade hier wenigstens etwas leisten können. Die Einwände, die wir früher (bei der Erörterung der Störungen des Gedankenganges) gegen diese Methode erhoben haben, bleiben freilich

bestehen: sie schafft neue, künstliche Bedingungen des Denkens und läßt Rückschlüsse auf den durchschnittlichen Gedankenablauf bei der untersuchten Person nicht zu. Es haben sich aber doch gewisse diagnostisch brauchbare Unterschiede zwischen schwachsinnigen und gesunden Menschen herausgestellt. Zum guten Teil beruhen sie darauf, daß schwachsinnige Personen den Sinn und die Absicht des Experiments nicht begreifen; deshalb reagieren sie gewöhnlich auf das Reizwort nicht mit einem Wort, sondern mit ganzen Sätzen (Wehrlein, Jung), und aus dem gleichen Grunde sind sie im allgemeinen bestrebt, anstatt weiter zu assoziieren, das Reizwort zu erklären (z. B. Wald: „besteht aus Bäumen“). Dazu kommt, daß schwachsinnige Menschen bei diesen Versuchen — nur in noch stärkerem Grade — dasselbe zeigen, was Ungebildete von Gebildeten unterscheidet. Sie liefern mehr innere Assoziationen, sind mehr bemüht, dem Sinne des Reizwortes gerecht zu werden. Gebildete und intelligente Personen nehmen die Sache leichter und verfügen zudem durchschnittlich über eine größere sprachliche Gewandtheit. Gerade deshalb kommen aber auch bei Schwachsinnigen Ausnahmen von der eben aufgestellten Regel vor. Die Leichtigkeit der sprachlichen Formulierung ist, wie erwähnt, bei leichten Graden der Imbezillität zuweilen recht groß, und so brauchen — wenn die Kranken die Aufgabe verstehen — ihre Assoziationen von denen gesunder Menschen nicht immer abzuweichen.

Wiederholungsmethode.

Weitere Ziele verfolgt die von Fuhrmann eingeführte Wiederholungsmethode. Hierbei werden vier Wochen nach einem ersten Experiment dieselben Reizworte (etwa des Sommerschen Schemas) noch einmal aufgegeben. Bei Gesunden treten dann nach Fuhrmann 75—95 % neuer Assoziationen auf, und ein Prozentsatz von weniger als 60 soll eine krankhafte Gedankenarmut beweisen. Ob das richtig ist, werden weitere Nachprüfungen ergeben müssen. Möglich wäre jedenfalls, daß für den Ausfall dieses Versuches auch das Verhalten des mechanischen Gedächtnisses, die mehr oder minder gute Erinnerung also an das erste Experiment während des zweiten, — ganz unabhängig von der eigentlichen Intelligenz — maßgebend sein könnte.

Aussageversuch.

Auch der Aussageversuch, der ursprünglich kriminal-psychologischen Zwecken gedient hat, ist wiederholt zur Intelligenzprüfung verwandt worden. Man hat dabei zwischen dem spontanen Bericht und der Verhöraussage zu unterscheiden gelernt. Besonders wertvoll sind die Ergebnisse dieser Methode für die Klinik bis heute nicht gewesen, aber natürlich wird eine ausgesprochene Verständnislosigkeit auf diese Weise ebenso zutage treten müssen wie etwa eine besonders große Suggestibilität. Außerdem behält die Methode ihren Wert für die Gedächtnisprüfung.

Ungefähr die gleiche Beurteilung verdient das durch Möller eingeführte Verfahren, kleine Geschichten nacherzählen zu lassen. Auch hierbei wird der Nachdruck nicht auf die bloße gedächtnismäßige Wiedergabe, sondern auf die Unterhaltung über den Inhalt der Geschichte und insbesondere auf das Verständnis des Kranken für den Kausalzusammenhang und für das Wesentliche,

die Pointe, zu legen sein. — Eine Modifikation ist von Henneberg angegeben worden, der zusammenhängende Geschehnisse in Bildern mitteilt.

Sprichwörtermethode.

Auch die Sprichwörtermethode (Finkh), die Rätselmethode und die Witzmethode (Ganther) geben Gelegenheit, sich mit dem Kranken zu unterhalten und sein Verständnis zu prüfen. Eine Kritik dieser Methoden ist überflüssig; ihre Publikation bedeutet im Grunde ein Mißtrauensvotum für die übrigen Psychiater, denen man offenbar nicht zutraut, die Unterhaltung mit ihren Kranken aus eigener Kraft so zu führen, daß deren geistige Qualitäten dabei zutage treten.

Nicht viel anders steht es mit der Methode von Anton und Hartmann, die von den Kranken verlangen, daß sie die Sinnwidrigkeit eines Satzes (z. B. In welcher Familie ist die Kinderlosigkeit erblich?) erkennen sollen, und mit der Kritikmethode Ziehens, der seinen Patienten eine Million anbietet und auf Kritiklosigkeit schließt, wenn sie das glauben.

Zweckmäßiger ist es, ganz allgemein festzustellen, wieweit die Patienten irgendwelchen Gedankengängen zu folgen imstande sind, sie zu fragen, wie Tag und Nacht zustande kommen (Jaspers), wie der Donner und wie das Eis entstehen, warum es Steuern geben müsse (Aschaffenburg), was für Unterschiede zwischen den Religionen [1]) bestehen, seit wann es Christen gibt, was die Sozialdemokraten wollen, was der Kranke selbst von diesen Bestrebungen und ihrer Erfüllbarkeit hält, usf.

Formen der Demenz.

Aus der Erkenntnis, daß es nicht eine Demenz gibt, sondern sehr verschiedenartige Störungen, die nur zu dem gemeinsamen Resultat einer verringerten Leistungsfähigkeit führen, ergibt sich für uns die Aufgabe, diese einzelnen Demenzformen gesondert kennen zu lernen. Es wird sich dabei — wieder aus oben schon erwähnten Gründen — freilich nicht vermeiden lassen, unter den unterscheidenden Merkmalen auch solche Züge aufzuzählen, die gemeinhin nicht zur Intelligenz gerechnet werden. Intelligenz und Persönlichkeit und Verblödung und Persönlichkeitszerfall sind, wie wir sahen, Begriffe, die sich zum guten Teil decken, und die Störungen des Wollens und des Gefühls haben für die gesamte psychische Leistungsfähigkeit so nachteilige Folgen, daß es eine begriffliche Spielerei wäre, wollte man Menschen, die auf diesem Wege leistungsunfähig geworden sind, nicht als dement bezeichnen. Von den noch innigeren Beziehungen des Gedächtnisses zur Intelligenz endlich ist schon so ausführlich die Rede gewesen, daß hier jede weitere Erörterung unterlassen werden kann.

---

[1]) Nur darf man aus Unwissenheit in diesen Dingen nicht auf Demenz schließen. Katholische Schwarzwaldbauern haben mir erklärt: Die Evangelischen sagen zur Mutter Gottes Hur, und manche Christen der einen Konfession behaupten von denen der andern: sie glauben nicht an Gott.

Imbezillität.

Gerade diese Beziehungen spielen dann oft eine hervorragende Rolle, wenn eine angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Demenz von einer anderen unterschieden werden soll, die auf dem Wege eines organischen Gehirnprozesses erst im späteren Leben erreicht worden ist. (Nach einer weitverbreiteten Nomenklatur bleibt für diese letzten Formen der Name Demenz ausschließlich vorbehalten, und für den angeborenen Schwachsinn sollen nur die gradweise abgestuften Ausdrücke Idiotie, Imbezillität und Debilität verwandt werden. Streng läßt sich diese Unterscheidung schon deshalb nicht durchführen, weil Verblödungsvorgänge in jedem Kindesalter einsetzen können und hier dann doch eine willkürliche Trennung vorgenommen werden müßte.)

Eine einfache Überlegung zeigt, daß ein gutes Unterscheidungsmittel zwischen den früh und den spät erworbenen Schwachsinnsformen im Verhalten der Kenntnisse gelegen sein muß. Freilich gilt das zunächst nur für die Fälle, in denen sich der angeborene Schwachsinn auch in einer Merkschwäche äußert. Aber da, wie wir oben sahen, auch einmal gedachte Urteile Besitz des Gedächtnisses werden können, so wird sich dieselbe Unterscheidung in etwas veränderter, feinerer Form auch für die Fälle durchführen lassen, in denen nur das logische Gedächtnis Not gelitten hat. Es ist richtig, daß imbezille Menschen sehr viele Erinnerungen anhäufen können, und wir hörten schon, daß sich unter diesen Erinnerungen nicht selten auch überkommene Urteile befinden. Eine genaue Untersuchung wird jedoch das Angelernte, Äußerliche dieser Urteile stets herausfinden und nicht im Zweifel darüber bleiben, daß ein gewisser Schwachsinn von jeher bestanden haben muß. Zusammenfassend läßt sich also die diagnostische Regel aufstellen:

Ein Fehlen jener wenigen elementaren Kenntnisse, die alle normalen Menschen zu besitzen pflegen, beweist, wenn sich soziale Ursachen des Nichtlernens ausschließen lassen, das Vorliegen eines angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinns ohne weiteres. Sind aber die mechanisch erworbenen Kenntnisse gut, und nur das Urteil ist schlecht, so kann sowohl eine besondere Form des angeborenen wie ein erworbener Schwachsinn vorliegen; deshalb ist hier auf die Reste früherer Urteilsakte zu achten: bei vielen dement gewordenen Personen werden solche Reste in der Unterhaltung gelegentlich zutage treten, und man wird aus ihnen folgern dürfen, daß der im Augenblick nachweisbare Schwachsinn in diesem Grade früher nicht bestanden haben kann.

Übrigens sind die Ursachen mangelnder Kenntnisse bei Schwachsinnigen keineswegs einheitlich und durchaus nicht immer einfach auf die Merkschwäche zurückzuführen. Oft treffen auf der Basis der gleichen Entwicklungsstörung mit der Gehirnanomalie Mängel mancher Sinnesorgane zusammen, die schon die Perzeption so behindern, daß Erfahrungen schwer oder gar nicht gemacht werden können. Noch häufiger äußert sich die Gehirnkrankheit selbst in einer Verlangsamung nicht nur des Denkens, sondern auch des Wahrnehmungsvorganges und in einer Beeinträchtigung der Auffassung. Namentlich die Aufmerksamkeit verhält sich beinahe niemals normal; entweder sie erlahmt rasch (bei tiefstehenden Idioten ist sie überhaupt nicht zu erwecken) oder sie ist so ablenkbar, daß eine geistige Konzentration unmöglich wird. Es gibt Imbezille, die stumpf und teilnahmslos alles an sich vorübergehen lassen, was andere

ieht, erfreut oder erschreckt, und andere, die rastlos bald dies, bald anpacken, besprechen, ohne an irgendetwas zu haften. Eine Aufmerksamkeit durch Willensanstrengungen (und damit auch eeinflussung) ist sehr selten möglich.

nden ist die Urteilsschwäche, die im großen und ganzen des logischen Gedächtnisses zusammenfällt (vgl. erschiedene Grade erreichen, aber sie erstreckt sich fast des Denkens, und nur ihre Wirkung wird sich verschieden ndere Störungen zu diesem einen Symptom hinzutreten. en, andere als sinnliche Erfahrungen zu machen, vom eren Gesichtspunkten und zu richtigen und klaren ngen, wie sie in schweren Fällen schon die Umkehr Wochentage etc.) unmöglich macht. Sie bedingt ngen Egoismus und das groteske Selbstbewußtsein, e Imbezille zur Schau tragen, und zugleich die Leichtgläubigkeit nd Beeinflußbarkeit, vermöge deren sie sich alles einreden und sich zu allen möglichen Dingen bestimmen lassen. Es ist klar, daß Kranke mit diesen Eigenschaften sozial scheitern müssen. Frauen, die von ihren Angehörigen nicht genügend behütet werden, verfallen der Prostitution, Männer werden, wenn sie Geld haben, ausgebeutet, von zweifelhaften Elementen geheiratet, andere zu Verbrechen veranlaßt, Imbezille aus gutem Hause fristen ihr Leben als Ausrufer, Karusselführer etc. auf Jahrmärkten, eine große Anzahl lebt als Landstreicher, andere findet man in Arbeitshäusern oder Trinkerheilstätten. Charakteristisch ist, daß alle diese Kranken auch zu ihrer sozialen Entgleisung kein inneres Verhältnis besitzen, sie „haben nie darüber nachgedacht," oder irgend ein zufälliger Nebenumstand ist Schuld, der Vater hat den Patienten aus dem Hause gejagt, die Geschwister bevorzugt, die Mutter hat ihm nicht Geld genug gegeben usf. Ein Untersuchungsgefangener entschied sich auf die Frage, ob er lieber auf ein Jahr ins Gefängnis oder für sein ganzes Leben ins Irrenhaus wolle, ohne Besinnen für dieses, denn da gäbe es mehr zu essen. Auch weshalb sie in die Anstalt gekommen sind, können selbst leicht Kranke niemals begreifen; „weil man mich hergebracht hat" ist die häufigste Antwort, die man bekommt.

Es ist klar, daß es zur Ausbildung höherer ethischer Begriffe bei solchen Menschen nicht kommen kann; sie kleben am Einzelerlebnis, und wo sie überhaupt abstrahieren, sind die gewonnenen Begriffe falsch, schief oder unklar. Ehre, Pflicht, Schande, Dankbarkeit u. dgl. sind für sie Worte, deren Inhalt von der zufälligen Art des Erwerbs abhängt; die Strafen, die sie erhalten, nehmen sie verständnislos und zumeist mit dem dumpfen Gefühl eines erlittenen Unrechts hin. Viele geraten auf diese Weise in eine offene Feindseligkeit gegen die bestehende Gesellschaftsordnung, werden „Sozialdemokraten", weil „der Richter sie eingesperrt hat", usf.

Durch entsprechende Gefühlsverknüpfungen führt dieselbe Denkstörung zu wunderlichen Abneigungen u. dgl.; ein Kranker, der einmal einen Konflikt mit einem Schutzmann gehabt hat, geht seitdem jeder Uniform im großen Bogen aus dem Wege; einer, der sich in seiner Kindheit einmal vor einem Hunde geängstigt hat, schreit jetzt noch wie unsinnig, wenn er nur ein Bellen hört; Weihnachten bleibt für viele ihr Leben lang der Tag, an dem man etwas geschenkt bekommt, die Mutter Maria die Frau, „die wo ein Kind auf dem Arm hat".

Die Ärmlichkeit des Vorstellungsschatzes wird, wie erwähnt, gelegentlich durch eine gewisse sprachliche Gewandtheit verdeckt, die Gedanken selbst bleiben aber darum natürlich nicht minder dürftig. Man spricht dann wohl von „höherem Blödsinn“. Ich habe einen „Privatgelehrten“ behandelt, der das Abiturium bestanden und als cand. phil. jahrelang Privatstunden gegeben hatte, bis er eines Tages ganz törichte Diebstähle beging. Der Mann schrieb täglich lange Eingaben fast fehlerlos auf Deutsch, Lateinisch, Griechisch und Französisch, aber der Inhalt seiner Schreibereien war immer gleich urteilslos und unklar. Wie auch ungebildete Gesunde wenden Imbezille halb oder gar nicht verstandene Begriffe falsch an. Der Reichstag ist da, „weil doch der Herr Graf so oft nach Berlin fährt“ oder „er ist das, wo man Reden hält“, eine Religion gibt es, „weil doch Pastoren da sind“, oder „weil man doch am Sonntag in die Kirche gehen muß“, Steuern werden wahrscheinlich erhoben, „weil der Gemeindevorstand sonst nicht Geld genug zum Trinken hat.“ Ganz unmöglich ist natürlich das Arbeiten mit fingierten Vorstellungen; schon wenn man, um das Rechenvermögen zu prüfen, fragt: „Denken Sie sich, sie hätten drei Glas Bier getrunken“, erhält man leicht die Antwort: „Nein, ich habe keines getrunken.“

Aus ähnlichen Gründen wissen die Kranken mit neuen Situationen, auch wenn sie noch so einfach sind, nichts anzufangen. Sehr typisch ist ein Beispiel, das Bleuler mitteilt, in dem ein Fuhrmann, dessen Wagen auf einen Prellstein gefahren ist und fest sitzt, auf das Pferd lospeitscht, weil in seinem Hirn Stehenbleiben des Wagens, Faulheit des Pferdes und Peitsche fest eingeschliffene Verbindungen besitzen.

Man hat von jeher zwischen apathischen und erethischen Imbezillen unterschieden. Das ist — abgesehen von der mehr oder minder großen Gewandtheit der Sprache — im wesentlichen ein Unterschied der Affektivität. Die Apathie ist ein Ausfluß gemütlicher Stumpfheit; erethisch Imbezille interessieren sich für vieles und behalten infolgedessen manches, ja auf manchen Gebieten mehr, als Gesunde zu tun pflegen. Gerade diese Kranken täuschen ihre Umgebung häufig über ihr wirkliches intellektuelles Niveau. Dem Kundigen aber fällt das Unstete, Ungleichmäßige ihres Interesses und die große Ablenkbarkeit auf, die sie ihre Aufmerksamkeit alle Augenblicke nach einer anderen Richtung wenden, ihre Liebhabereien häufig verändern läßt. Niemals erstreckt sich das Interesse der Imbezillen, ihre gemütliche Anteilnahme so gleichmäßig auf viele Gebiete wie beim Gesunden. Manche, die in der Schule vollkommen versagen, erweisen sich als anstellig in irgend einer praktischen Hinsicht, weil sie hier gewisse Fähigkeiten besitzen und ihre Anwendung mit Lustgefühlen begleiten. Der Imbezille kann mehr, als er weiß; beim gesunden Kind ist es umgekehrt, meint Kraepelin. Andere wieder sind zum Rechnen begabt, oder, was gar nicht selten ist, musikalisch. Was aber natürlich stets fehlt, das ist jede Produktivität, jede eigene Phantasie.

Noch mehr als die Leistungen wird natürlich das moralische Verhalten der Imbezillen durch affektive Momente beeinflußt. Manche sind gutmütig und lenksam, ja selbst mitleidig und gefällig, und wenn wir bei ihnen dann doch — beim Tode der Eltern z. B. — auf einen verblüffenden Mangel an gemütlicher Tiefe stoßen, so liegt es nahe, nur an eine Störung des Urteils zu denken, die sie die Bedeutung der Ereignisse nicht erkennen und gegeneinander abwägen läßt. Andere zeigen aber von vornherein eine ausgesprochene Ge-

fühlsrohheit, sind grausam, undankbar, hinterlistig und zu jeder Gemeinheit fähig; sie gelangen niemals in ein inneres Verhältnis zu ihren Eltern und erweisen sich vornehmlich aus moralischer Ursache als unerziehbar.

Diese Fälle haben, wenn sie ausnahmsweise mit groben Defekten „rein" intellektueller Art nicht einhergehen, schon lange zu einem besonders schwierigen Problem, dem der moral insanity, des moralischen Schwachsinns, Veranlassung gegeben. Es liegt außerhalb unserer Aufgabe, zu dieser Frage ausführlich Stellung zu nehmen. Nur das sei gesagt, daß sie mit der Formel: alle Verbrecher fühlten moralisch anders als der Durchschnitt, und die moralisch Schwachsinnigen seien eben „die" Verbrecher, unmöglich abgetan werden kann. Da sich bei manchen, freilich nicht häufigen Individuen neben geringfügigen intellektuellen Mängeln schwere Störungen der ethischen Gefühle nachweisen lassen, und da diese Mängel Defekte auch der moralischen Urteile, ein Fehlen also oder eine Verschiebung der ethischen Begriffe notwendig nach sich ziehen müssen, so wird man berechtigt sein, hier von einem moralischen Schwachsinn zu sprechen. Wie solche Leute sozial (von der Gesetzgebung) behandelt werden sollen, ist eine andere Frage, die uns in diesem Zusammenhange nichts angeht.

Im übrigen hat man oft auch von einer Übererregbarkeit der Affekte bei Schwachsinnigen gesprochen. Daran ist richtig, daß viele Imbezille zu Wutausbrüchen neigen, und daß andere sich oder einem andern gelegentlich das Leben nehmen, weil ihnen ein Stück Kuchen oder ein Ausgang verweigert worden ist. Einer meiner Patienten hatte kalten Blutes seine Frau umgebracht, „weil sie ihm seinen Kaffee nicht ordentlich besorgt", ein anderer einen Gutshof angezündet, weil der Besitzer ihm nicht wie sonst am Sonnabend Zigarren geschenkt hatte. Dieselben Leute schlagen ein Vieh tot, weil es (aus Krankheit z. B.) irgend etwas nicht tut, was es soll; und ganz tief stehende Imbezille können ihre Wut auch an einem leblosen Gegenstand auslassen. Der wahre Grund dieses Verhaltens liegt natürlich immer im Urteil. Das Mißverhältnis zwischen Anlaß und Wirkung beruht auf einer Störung des Denkens, auf der ja auch sonst vorhandenen Unfähigkeit, Möglichkeiten einzuschätzen und Wichtiges und Unwichtiges gegeneinander abzuwägen. Finden wir bei mäßig schwachsinnigen Personen eine wirkliche Veränderung der Affektkurve, ein rapides Anschwellen bestimmter oder aller Affekte oder ein abnorm langes Andauern gemütlicher Erregungen, so handelt es sich um ein selbständiges psychopathisches Symptom, das ebensowohl ohne wie mit Urteilsstörungen auftritt. Im übrigen wird gerade das gemütliche Verhalten häufig auch durch das Milieu mitbestimmt. Die Eindrücke der Kindheit erzeugen bei dem einen Imbezillen das Bild des verprügelten, immer ängstlichen Menschen, beim andern das eines launischen, wetterwendischen und verwöhnten großen Kindes und beim dritten endlich den erfreulichsten Typ: eine kindische, behaglich selbstgefällige, leere Heiterkeit.

Die Imbezillität tritt in allen überhaupt möglichen Abstufungen auf; vom tiefsten tierischen Blödsinn — der oft wirklich weit unter der Intelligenz vieler Tiere steht — führen zahllose Übergänge unmerklich ins Gesunde hinein. Ein Kriterium, um die leichtesten Grade der „Debilität" von der physiologischen Dummheit abzugrenzen, besitzen wir nicht; wahrscheinlich weil beide Anomalien auch genetisch auf gleicher Grundlage beruhen (Vererbung, Keimschädigungen, Ernährungsstörungen in frühester Kindheit etc.) Uns innerhalb der ausgesprochenen krankhaften Fälle mit terminologischen Verabredungen aufzu-

halten, wäre ziemlich zwecklos; denn schließlich ist es ganz gleich, ob man einen Schwachsinnigen einen Imbezillen oder einen Idioten nennt.

Die am tiefsten stehenden Kranken erkennt man bekanntlich schon äußerlich, wenn nicht an der Mißbildung des Schädels (Makro- und Mikrokephalie etc.),



Abb. 55. Imbezillität.



Abb. 56. Imbezillität.



Abb. 57. Imbezillität.

so doch an dem blöden, leeren Gesichtsausdruck, dem tierischen Grunzen, dem unartikulierten Schreien, den rhythmischen Bewegungen (Wiegebewegungen etc.), der Unfähigkeit zu gehen usw. Wichtig ist in diesen Fällen die rechtzeitige Erkennung in frühester Kindheit; es sei deshalb auf die Angaben über die kindliche Entwicklung auf S. 15 noch einmal hingewiesen. Idiotische Kinder fixieren nicht, greifen nicht nach glänzenden Gegenständen, lachen nicht, werden nicht rechtzeitig rein usf. — Schwer ist die Diagnose der leicht Debilen, und es sei noch einmal betont, daß sie oft erst aus der gesamten Lebensführung gestellt werden kann.

Daß manche Fälle von Imbezillität, die sich an Hirnkrankheiten in früher Kindheit anschließen, mit bestimmten organischen Störungen sonst, wie Aphasie, Seelenblindheit, Diplegia spastica, oder aber mit epileptischen Zuständen verbunden sind, ist eine klinische Feststellung, die außerhalb unserer gegenwärtigen Aufgabe liegt. Auch auf die einzelnen — zum Teil ätiologisch abgrenzbaren — Formen der Idiotie [1]) kann an dieser Stelle noch nicht eingegangen werden. (Vgl. den speziellen Teil.)

Kretinismus.

Gewissermaßen den Übergang zwischen der Idiotie und den organischen Verblödungen des späteren Lebensalters bilden der kretinistische und der myxödematöse Schwachsinn.

Der Geisteszustand der Kretinen läßt sich am besten mit dem trivialen Ausdruck Stumpfsinn kennzeichnen. Intellektuelle Schwerfälligkeit und gemütliche Stumpfheit gehen Hand in Hand, und das Resultat ist, daß diese phlegmatischen, gutmütigen und langsamen Kranken so gut wie gar keine Erfahrungen erwerben und geistig veröden.

Tritt (beim Myxödem) dieselbe Schädlichkeit später auf, so wird die schon erreichte Leistungsfähigkeit erst allmählich sinken. Die Kranken merken das dann selbst und sprechen wohl davon, daß sich ein Schleier über ihr Denken lege (Kraepelin). Aber auch sie werden gemütlich stumpf, und neben der Ermüdbarkeit und der immer schwerer werdenden Auffassung ist diese Stumpfheit der Grund, daß sie schließlich überhaupt nur noch dahindämmern und an gar nichts mehr teilnehmen. Auf diese Weise gehen die früher erworbenen Erinnerungen wieder verloren, die Reaktionszeiten werden länger, und so versinken die Kranken in einen Zustand, den Charcot nicht ganz mit Unrecht mit dem Beginn des Winterschlafs bei manchen Tieren verglichen hat.

Erworbene Demenzen.

Alle später erworbenen organischen Demenzen, so verschieden sie sich auch untereinander verhalten, weichen von diesen bis in die Kindheit zurückreichenden Schwachsinnszuständen weit ab. Fast immer führen sie zu einem in sich widerspruchsvollen Bilde, das sich durch den groben, in gewisser Hinsicht sinnlosen Eingriff in einen so komplizierten Mechanismus erklärt, wie ihn die menschliche Psyche nun einmal darstellt. Ein solcher Hirnprozeß zerstört so gut wie niemals alle intellektuellen Funktionen auf einmal und noch weniger schraubt er sie alle um so und so viele Grade zurück, sondern er zerbricht hier ein Rad und dort eines, und wenn dadurch auch die gesamte Leistung immer Not leiden muß, so werden doch zunächst noch Teile der ganzen Maschine leidlich gut oder sogar vorzüglich weiter arbeiten können. So überraschen uns Kranke, die bei langer Untersuchung schon vollkommen

[1]) Weygandt unterscheidet: Geistige Defektzustände infolge Erziehungsmangels, infolge Sinnesmangels, infolge von Anlagehemmung, Idiotie auf Grund entzündlicher Gehirnerkrankung, auf Grund von Hirnhautentzündung, durch Hydrozephalus, amaurotisch familiäre Idiotie etc., tuberöse, hypertrophische Sklerose, Mongolismus, Infantilismus usf. — im ganzen 30 Störungen.



blödsinnig erschienen, plötzlich durch ein zutreffendes Urteil — genau so wie andere, die bis dahin schwierige geistige Arbeiten scheinbar mühelos verrichtet hatten, ganz abrupt etwas völlig Schwachsinniges tun oder sagen. Ich habe erlebt, daß ein Paralytiker, bei dem der Nachweis der Intelligenzstörung vorher und nachher keineswegs leicht war, in Norderney beinahe ertrank, weil er sich durchaus die untergehende Sonne holen wollte. Umgekehrt denken Senile, die schon längst nur noch ihren unmittelbarsten sinnlichen Bedürfnissen leben, beim Tode eines Angehörigen z. B., zuweilen spontan an die schwierigsten rechtlichen und geschäftlichen Verhältnisse und urteilen hierüber ganz richtig. Bei anderen Formen, wie bei der Hirnarteriosklerose und der Schizophrenie, sind diese Unterschiede noch auffallender — aber bei der Schizophrenie sind sie so besonderer Art, daß diese Krankheit bei den folgenden Betrachtungeu zunächst ganz außer acht gelassen werden soll.

Was den grob organischen Störungen, der senilen Demenz also, der Paralyse und der Hirnarteriosklerose, um die häufigsten zu nennen, einen gemeinsamen charakteristischen Stempel aufdrückt, ist der Eindruck der Schwäche, des Müdeseins, den uns ihre Leistungen beinahe immer erzeugen; die Kranken können denken und gelegentlich — spontan häufiger als bei absichtlicher Prüfung — noch zutreffend urteilen; aber irgendwie kompliziertere Zusammenhänge erfassen sie nicht. Sie denken langsamer, ermüden inzwischen, vergessen die Teile und kommen deshalb nicht zum Schluß. Bleuler spricht von der jeweiligen Beschränkung des Denkens auf ein bestimmtes Bündel von Ideen und meint, hauptsächlich fehlten immer die Assoziationen, die einem Trieb oder Wunsch des Kranken widersprächen. Deshalb sähe z. B. der Senile im Kinde nur noch das Weib. Uns scheint das Wesentliche zu sein, daß der Organische eben überhaupt nicht alles denken kann, was zu einem Begriff gehört. — Ähnlich wie das Urteil verhalten sich Wahrnehmung und Erinnerung auch; die Wahrnehmungen werden unscharf und langsam (was sie bei den Imbezillen keineswegs häufig sind), und das Gedächtnis wird in typischer Weise geschädigt (vgl. darüber den Abschnitt S. 77). Alles das läßt sich von der Aufmerksamkeitsstörung, die wir hier finden, natürlich nicht trennen. Gerade darin äußert sich die geistige Schwäche am stärksten; die Kranken passen nicht auf und nehmen deshalb ungenau wahr und merken sich nichts. Nur durch starke Reize gelingt es zuweilen, die Aufmerksamkeit vorübergehend zu fesseln und dann maximale Leistungen aus den Kranken herauszupressen, zu denen sie, sich selbst überlassen, nicht mehr fähig wären.

Auf den Störungen der Wahrnehmung und der Auffassung beruht die häufige Unorientiertheit in bezug auf räumliche und zeitliche Verhältnisse. Es ist gar nichts Seltenes, daß hirnkranke Personen, die bei der einfachen Unterhaltung noch ganz geordnet erscheinen, sich in der Stadt nicht zurecht finden, in der sie schon jahrzehntelang wohnen, oder daß sie Personen und Gegenstände verkennen, mit denen sie ebensolange zu tun gehabt haben.

Über die Möglichkeit, die organischen Demenzen voneinander zu unterscheiden, hat sich Heilbronner sehr skeptisch geäußert, nach dem wir nicht sowohl eine paralytische und eine senile Demenz als Zustand, sondern nur entsprechende klinische Krankheiten — zum Teil also wohl auf Grund körperlicher Symptome — diagnostizieren sollen. Das ist im großen und ganzen wohl richtig, und wenn wir aus der Art der intellektuellen Schwäche ohne die

in den erwähnten Begleitsymptomen gegebene Hilfe die einzelnen organischen Psychosen erkennen sollten, so würden wir in manchen speziellen Fällen Schiffbruch erleiden. Bei der Betrachtung aller Fälle aber stellen sich doch gewisse Unterschiede heraus, die jetzt kurz skizziert werden mögen.

Dementia paralytica.

Bei der progressiven Paralyse erzeugen, wenn sie einigermaßen fortgeschritten ist, die Erschwerung der Auffassung und die Verlängerung der Reaktionszeiten häufig den Eindruck der Benommenheit. Die Kranken sind zerstreut, verlegen bald dies, bald das, vergessen die wichtigsten Dinge, kommen von einer Besorgung heim, ohne an den Zweck ihres Ausgangs gedacht zu haben, verirren sich in einer Stadt, in der sie seit Jahren leben, bringen ihren Anzug nicht mehr zustande, finden sich in ihrer eigenen Wohnung nicht zurecht, werfen alle Zeitangaben über ihre Vergangenheit durcheinander und verlieren jede Schätzung für die zeitlichen Verhältnisse der Gegenwart. Grobe Nachlässigkeiten im Dienst, unbegreifliche Rücksichtslosigkeiten im Umgang, Nachlässigkeiten in der Kleidung, sinnlose Ausgaben, Geschenke oder auch planlose Diebstähle lassen sie bald auffällig werden. Nicht selten werden sie für betrunken gehalten, wobei freilich neben der Assoziationsstörung (vgl. S. 120 unter Ideenflucht) auch körperliche Eigentümlichkeiten, wie die zittrige Sprache, das Vibrieren des Fazialis, der taumelnde Gang, häufig mitsprechen.

Mit dem eigenartigen Bewußtseinszustand hängen charakteristische Störungen des Denkens innig zusammen. Ich habe einen Paralytiker gekannt, der mehrere Menschen anschoß und einen tötete, weil er in einem alten Zeitungsblatt von einem Fürstenattentat gelesen hatte. Ein anderer lief als Landsturmmann auf der Böschung des vordersten Schützengrabens spazieren, weil er doch einen „Himmelsbrief" in der Tasche hätte (eine Art Talisman). Derselbe Kranke fuhr dann, als man ihn aus dem Schützengraben zurückzog und ihm sein Gewehr abnahm, ohne weiteres nach Brüssel, weil er meinte, „er sei da vorn nur übrig, und wenn man ihn gebrauche, werde man ihn schon holen". Als einziges Gepäck nahm er seine Gasmaske mit. Gegenvorstellungen tauchen nicht auf, und Gedanken, deren Inhalt sich ausschließen sollte, leben nebeneinander.

Wohl deshalb ist von jeher die Leichtfertigkeit aufgefallen, mit der Paralytiker schon in frühen Stadien ihres Leidens törichte Schlußfolgerungen ziehen und falsche Behauptungen aufstellen. Man kann von diesen Kranken auf dieselbe Frage in kurzen Zeiten drei sich ausschließende Antworten erhalten. Es kommt ihnen nicht darauf an, was sie sagen, und sie sind vollkommen zufrieden, wenn sie überhaupt geantwortet haben. Ein Patient Hoches, der als früherer Kaufmann eine Rechenaufgabe lösen sollte, half sich über sein Unvermögen mit der Antwort hinweg: „Der Kassenbestand blieb übrig"; ein Wirt, den ich darauf hinwies, daß er doch früher die Zechen seiner Gäste ausgerechnet habe, erwiderte prompt: „das macht meine Frau", und ein dritter Patient versprach mir das Resultat einer Aufgabe „in meiner Wohnung" zu sagen. Andere Kranke, die 3mal 3 nicht mehr rechnen können, behaupten, dazu niemals imstande gewesen zu sein, und Leute, die ihr ganzes Vermögen verspekuliert haben, leugnen trotz aller Beweise einfach die Tatsache ab. Ein Kranker Wernickes, der sich auf offener Straße nackt ausgezogen hatte, er

klärte, die Kinder wären ja doch auch nackt. Sehr charakteristisch ist auch die Selbstverständlichkeit, mit der sich die Kranken bei der Prüfung ihrer Intelligenz hilfesuchend an die begleitende Frau wenden: auch das zeigt, daß ihnen jedes Verständnis nicht nur für die Situation, sondern auch für ihre Defekte abgeht.

Im übrigen gilt das, was oben für alle organischen Krankheiten gesagt wurde, hier ganz besonders; daß nämlich gelegentlich im freien Spiel der Vorstellungen noch Assoziationen auftauchen und selbst Urteilsleistungen vollbracht werden, die nach dem Ergebnis der experimentellen Prüfung nicht mehr erwartet werden konnten. Aber auch die systematische Untersuchung zeitigt ganz verschiedene Resultate, und jeder Kliniker weiß, daß sich das in der Krankengeschichte niedergelegte Ergebnis einer Intelligenzprüfung im Hörsaal vor den Studenten nicht zu bestätigen braucht. Heute beherrschen die Patienten das kleine Einmaleins nicht und morgen rechnen sie Zinsaufgaben. Natürlich wirken diese plötzlich auftauchenden Überbleibsel um so überraschender, je höher der ursprünglich erreichte intellektuelle Standpunkt gewesen war.

Bei längerer Beobachtung tritt die Urteilsschwäche immer zutage. Einer meiner Patienten, ein Schuster, hatte für mehrere tausend Mark Leder gekauft und in lauter kleine Riemen geschnitten; ein Hauptmann befahl einem Sergeanten, zwei Mann zu erschießen, weil sie nicht laut genug geantwortet hatten, ein berühmter Maler, der seiner Heimatgemeinde angeboten hatte, die schönen alten Gemälde ihrer Kirche zu restaurieren, übertünchte die Wände und bekleckste sie dann mit ein paar obszönen Figuren; er ist daraufhin fast gelyncht worden. Sehr typisch ist auch das Verhalten eines von Kraepelin beobachteten Kranken, der aus dem zweiten Stock herabsprang, um einen heruntergefallenen Zigarrenstummel aufzuheben. Ähnlich — aus nicht fertiggedachten Gedanken — zu erklären sind die bekannten törichten Diebstähle vor Zeugen, während bei sexuellen Vergehen an Kindern neben der Urteilsstörung auch die mangelnde Dämpfung der Gefühle noch mitspielt. Ein Patient Wernickes machte als Inhaber eines Modewarengeschäfts den Käuferinnen, die ihm gefielen, in der ungeniertesten und anstößigsten Weise Liebesanträge; einer meiner Kranken, ein Bankdirektor, stellte mir in Gegenwart seiner Frau sein Schreibmaschinenfräulein als seine Braut vor; ein anderer befahl den in seinem Büro tätigen Damen sich nackt auszuziehen, weil er als Vorgesetzter für ihre Sauberkeit verantwortlich wäre. Ein Schlächter rechnete aus, wie er durch Lieferungen für die Rostocker Anstalt in kurzer Zeit Hunderttausende verdienen könnte; er hatte ganz richtig gerechnet und nur übersehen, daß er selbst das Fleisch auch nicht umsonst haben konnte. Auf ähnliche Weise kam ein anderer Patient zu dem Ergebnis, daß er mit 3000 Mark jährlicher Einnahme jedes Jahr 10 000 Mark zurücklegen würde. Andere Kranke beweisen ihre demnächstige glänzende militärische etc. Laufbahn; sie gehen einfach zum Kriegsminister, zum Kaiser, und damit ist die Sache gemacht. Auch daß Paralytiker dem Arzt breit auseinandersetzen, wie sie demnächst aus seiner Anstalt entfliehen wollen, oder ihm erzählen, wie sie die Arznei jeden Abend wegschütten, ist nichts Ungewöhnliches. Andere versichern durch Jahre hindurch täglich mit gleicher blöder Freude, daß ihre Frau nachmittags käme, um sie abzuholen — bei ihnen wirken Gedächtnis- und Urteilstörung zusammen —. (Über die Gedächtnisstörung vgl. S. 81).

So ist es verständlich, daß sich Paralytiker schlechthin alles einreden lassen; die Verbringung in die Anstalt z. B., die ja von den Angehörigen mit Vorliebe mit Hilfe eines Betruges bewerkstelligt wird, gelingt hier fast immer spielend. Die Kranken merken nicht, daß der Wagen oder der Zug in falscher Richtung fahren, glauben jeden Grund für die ungewöhnliche Begleitung, und wenn sie schließlich sehen, wo sie hingekommen sind, so lassen sie sich durch eine Mahlzeit, eine Zigarre, ein Spiel, einen Scherz ablenken und sind bald wieder zufrieden. Daß ihre Bewegungsfreiheit nach allen Richtungen hin eingeengt wird, kann man gerade Paralytiker sehr leicht vergessen machen; sie geben ohne weiteres zu, daß man doch im Anstaltsgarten viel schöner spazieren gehen könnte als außerhalb der Klinik und bleiben in „so freundlicher Umgebung" gern, obwohl sie sich für ganz gesund und frisch halten. Einer meiner Kranken, ein aktiver Major, der täglich auszugehen verlangte, um seinen „besonders schönen Pelz" nicht im Schrank hängen lassen zu müssen, blieb jedesmal freiwillig zu Hause, weil er doch einen Mitpatienten nicht beim Skat im Stiche lassen könnte. Ebenso leicht werden die Patienten leider zu unlauteren geschäftlichen Unternehmungen oder zu törichten Heiraten bestimmt oder um ihr Vermögen betrogen.



Abb. 58. Gruppe von Paralytikern.

Die Störung braucht aber nicht immer gleich so grob zutage zu treten. Nicht jeder Kranke entwickelt so unsinnige Größenideen, wie sie in späteren Stadien Demenz und Euphorie allerdings häufig erzeugen; eine behagliche Selbstzufriedenheit und eine kindische Freude an den eigenen Vorzügen und am Besitz ist im Anfang viel häufiger; nicht alle sind von vornherein reizbar,

launisch, vergeßlich, leicht ermüdbar, willensschwach, taktlos, unsauber und nachlässig in ihrer Toilette; auch seinem Beruf kann der Paralytiker noch leidlich vorstehen, ja oft ist es sogar erstaunlich, wie gut Patienten, die sich bei experimenteller Prüfung als schwer defekt erweisen, ihre gewohnte Tätigkeit noch verrichtet haben. Um so beweisender ist es natürlich, wenn ein Kranker auffallend rasch in seinen geschäftlichen Unernehmungen zurückkommt oder in der Familie oder im Amt Schwierigkeiten findet, die ihm früher nicht begegnet waren. Am häufigsten ist eine früh auftretende Untätigkeit, ein stumpfes Herumhocken, in dem die Kranken oft auch nur das Allernotwendigste sprechen. Im übrigen genügt jede Charakterveränderung für den Verdacht auf Paralyse, nur wird sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zum mindesten als eine Komponente dieser Veränderung ein intellektueller Defekt nachweisen lassen. Wenn ein zartfühlender Mensch anfängt, unfein zu werden, und zweideutige Geschichten vor Damen erzählt, so bedeutet das zunächst einen ästhetischen Mangel, aber hinter diesem steht doch wieder die Urteilsschwäche, die den Kranken früherer Maßstäbe beraubt hat.

Für die sonst oft recht schwierige Differentialdiagnose der Hirnarteriosklerose und die (sehr viel leichtere) der Neurasthenie gegenüber verdient die Tatsache Beachtung, daß den Paralytikern, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht bloß jede Krankheitseinsicht, sondern auch jedes Gefühl für die im Moment aufgezeigten Defekte abgeht. Sie erinnern sich kaum an so erschreckende Ereignisse wie an den ersten epileptischen Anfall, und selbst wenn sie hypochondrisch sind, so begründen sie das nicht mit den tatsächlich vorhandenen Störungen, sondern mit irgendwelchen Sensationen, von denen sie überdies zu verschiedenen Zeiten ganz verschiedene Beschreibungen geben. Lösen sie dann Aufgaben nicht mehr, die sie vor drei Monaten noch von ihrem zehnjährigen Kinde verlangt hätten, so beunruhigt sie das gar nicht, und jede Feststellung dieser Art quittieren sie schon frühzeitig mit einem blöden Lächeln.

Man hat gerade daraus immer geschlossen, daß auch die gemütlichen Reaktionen früh und schwer Not leiden. Dafür ist zum mindesten dieses Verhalten gar kein Beweis; ihm liegt eine Störung des Urteils zugrunde, und der Affekt tritt nur deshalb nicht auf, weil sein Anlaß nicht begriffen wird. Der paralytische Mörder, von dem oben die Rede war, blieb vollkommen kalt, wenn von seinen Opfern oder auch von einer eventuellen Strafe die Rede war, aber er weinte in der Vorlesung wie ein Kind, weil seine Frau ihm beim letzten Besuche keinen Kuchen mitgebracht hatte.

Wohl auf Grund solcher Erfahrungen meint Bleuler, die Affekte blieben bei den organischen Demenzen ganz allgemein erhalten und seien qualitativ unverändert, nur würden sie oberflächlich und flüchtig. Es spricht vieles für diese Auffassung, wenn sie sich auch bei einer Störung, die die Persönlichkeit so schnell umgestaltet, schwer beweisen läßt. Sicher ist speziell bei der Paralyse der Nachdruck auf die Labilität der Affekte zu legen; mit experimenteller Sicherheit kann man diese Kranken durch einen Wechsel des Themas von blander Euphorie zur Depression und zur zornigen Gereiztheit führen. Sie würden sich darin wie die Kinder verhalten, wenn nicht die Affekte bei ihnen doch weniger tief griffen, als es beim Kinde der Fall ist. Das Kind steht darin viel eher dem Manisch-depressiven gleich.

Dementia arteriosklerotica.

Über die arteriosklerotische Demenz ist dem oben Gesagten wenig hinzuzufügen. Gerade hier handelt es sich am wenigsten um ein allgemeines Sinken der Leistungsfähigkeit, soweit es potentielle, gelegentlich noch mögliche Leistungen angeht; das Bild beherrschen vielmehr entweder isolierte organische Ausfälle, wie die Erschwerung der Wortfindung z. B., oder aber eine enorm gesteigerte Ermüdbarkeit, Merkstörungen und die Erschwerung im Ablauf der Assoziationen. Der Unterschied der Paralyse gegenüber, der darin liegt, wird gewöhnlich schon im Gesichtsausdruck widergespiegelt, der hier selten so leer, inhaltlos und schlaff, sondern viel häufiger angestrengt, gespannt und tief niedergeschlagen ist. Die Kranken empfinden ihre intellektuellen Mängel um so schwerer, als es sich oft um übertrieben gewissenhafte Menschen handelt, und als zu den genannten Störungen noch eine besonders starke Veränderung der Affekterregbarkeit hinzuzutreten pflegt. Arteriosklerotiker sind bekannt einmal durch die Neigung zu niedergeschlagener, mißmutiger, ja selbst weinerlicher Stimmung und ferner durch die rasch anschwellenden, heftigen und nachhaltigen Affekte („emotionelle Inkontinenz"). Die so bedingte Reizbarkeit im Verein mit den schon besprochenen Symptomen verleiht ihrer Persönlichkeit häufig einen besonderen Charakter, der sich nicht gut schildern läßt, den aber der Kundige bei der Diagnose verwertet.

Natürlich gilt diese Schilderung nur für verhältnismäßig leichte Fälle. Erlebt der Kranke ein weiteres Fortschreiten des Gehirnprozesses oder setzt eine tiefe Verblödung nach einer Apoplexie plötzlich ein, so kann die Urteilsstörung dauernd und gleichmäßig vorhanden sein und dem Grad und den Äußerungsformen nach der paralytischen ganz ähnlich werden. Zugleich pflegt in vielen schwereren Fällen eine Charakterveränderung ad pejus einzutreten, die Kranken werden egoistisch, rücksichtslos, geizig oder verschwenderisch und gelegentlich begehen sie in diesem Stadium mehr oder minder urteilslose Straftaten.

Dementia senilis.

Das, was man gewöhnlich senile Demenz nennt, ist streng genommen keine einheitliche Krankheit. Es gibt mehrere senile Rindenprozesse und verschiedene klinische Symptomenbilder und Verlaufstypen, die voneinander abzugrenzen wir unter Führung der Anatomie bemüht sind. Leider ist diese Arbeit bisher noch nicht so erfolgreich gewesen, daß wir am Krankenbett die Art der histologischen Veränderung regelmäßig voraussagen könnten. So bleibt uns nur die Möglichkeit, zur vorläufigen Orientierung die wichtigsten Krankheitstypen zu umreißen.

Diese Unterscheidungen beziehen sich gewöhnlich darauf, daß manche Kranke erregt, andere stumpf sind, manche zu Wahnvorstellungen, andere zu Verwirrtheitszuständen neigen usf. Von verschiedenen Formen der Demenz ist dabei nur insofern die Rede, als bei der Presbyophrenie, die Kraepelin nach Kahlbaums Vorgang gesondert bespricht, die Merkfähigkeitsstörung über die Urteilsstörung überwiegt. Diese Kranken bleiben geistig verhältnismäßig rege, unterhalten sich gewöhnlich gern und lebhaft, urteilen leidlich zutreffend, aber sie gehen bei alledem von falschen Voraussetzungen aus, weil

sie sich nichts merken können, niemand wiedererkennen und demgemäß unorientiert sind. Sie begrüßen im Arzt einen alten Bekannten, reden über alles Mögliche, erzählen von Pseudo-Erlebnissen, die sie am Vormittag gehabt haben, machen Scherze und fassen die auf, die andere machen, aber sie behalten nichts von dieser Unterhaltung und begrüßen ihr Gegenüber nach einer Stunde schon als einen anderen als vorher. Ich habe als Student einen Kliniker gehört, der ganz ausgezeichnete Krankenvorstellungen veranstaltete, aber bis zum nächsten Morgen nichts mehr davon wußte und nicht immer von seinen Assistenten verhindert werden konnte, dasselbe Thema mehrere Tage hintereinander zu behandeln. Derselbe, übrigens immer noch sehr geistvolle Mann ging zuletzt täglich auf dieselbe Abteilung seiner Klinik, weil die „an der Reihe" war, und stellte dann jedesmal mit gleicher Sorgfalt die gleichen Diagnosen bei denselben Fällen, ohne sie wiederzuerkennen. Dabei nahm er zuweilen vom Korridor Assistenten mit, die nicht bei ihm, sondern bei einem anderen Kliniker tätig waren, und verhandelte mit ihnen, als wenn sie seit Jahren unter ihm arbeiteten und die betreffende Abteilung führten. Und als er einem scheidenden Assistenten auf Betreiben seiner Familie ein Abschiedsessen gab, hielt er eine sehr schöne Dankrede an einen älteren praktischen Arzt, der mit eingeladen, aber schon vor Jahren aus der Klinik ausgeschieden war.



Abb. 59. Senile Demenz.

Übrigens haften sehr affektbetonte Ereignisse zuweilen auch in solchen Fällen; so hat eine schwer gestörte Rostocker Patientin es mir nie vergessen, daß ich sie in den Hörsaal hatte bringen lassen; während sie sonst überhaupt nichts behielt und ihre ganze Unterhaltung aus Konfabulationen bestritt, wurde sie durch Monate hindurch stets gereizt, wenn sie mich sah, und geradezu erbittert, wenn sie wieder in den Hörsaal getragen wurde. Daß mit der Merkschwäche in diesen schweren Fällen stets auch ein Verlust älterer Erinnerungen verbunden ist, wurde früher erwähnt; die eben genannte Kranke z. B. hatte auch den Tod ihrer Eltern vergessen, der um Jahrzehnte zurücklag. Übrigens ist es gerade für diese Formen nicht richtig, daß die Merkschwäche vornehmlich auf einer Störung der Aufmerksamkeit und der Auffassung beruhte; manche Kranke fassen im Augenblick vorzüglich auf und benutzen in der leicht euphorischen Stimmung, in der sie sich oft befinden, ihre kleinen Beobachtungen ganz schlagfertig in ihren Antworten.

Bei der Mehrzahl der Senilen ist das anders. Ihre Wahrnehmungen werden langsam und spät deutlich, und da sie schwer auch nur vorübergehende Erinnerungsspuren hinterlassen, so können zusammenhängende Ereignisse nicht aufgefaßt und begriffen werden. Auch ihre eigenen Gedanken können die Kranken nicht mehr konzentrieren, sie verlieren den Faden, sind schwerbesinnlich, zerstreut, nicht bei der Sache, haften an irgend einem Gedanken oder sind im Gegenteil ablenkbar.

Mit der Urteils- und Gedächtnisstörung eng verbunden ist die Einengung des Interessenkreises, die so weit gehen kann, daß den Kranken schließlich lediglich seine allernächsten sinnlichen Bedürfnisse beschäftigen. Essen und Trinken spielen eine erschreckend große Rolle, und früher hochgebildete Leute können mit einem Stück Zucker gewonnen werden wie kleine Kinder. Lange ehe es so weit gekommen ist, pflegt sich dieselbe Störung in der Form eines zunehmenden Egoismus und Eigensinns zu äußern, die gewöhnlich die Beziehungen der Patienten zu ihrer Umgebung schwer trüben. Der Kranke hütet übertrieben ängstlich seinen Besitz, dreht jeden Groschen um, mißtraut jedem, als ob er ihn bestehlen wolle, und widerstrebt selbst den notwendigsten Änderungen in seiner Lebensführung. Schon das Wechseln der Leibwäsche bedeutet u. U. jedesmal einen Kampf. Das Verständnis für neue und fremde Anschauungen geht verloren, die Patienten kleben am Althergebrachten, halten an Vorurteilen fest und bewegen sich schließlich überhaupt nur noch in engen, erstarrten Gedankenkreisen, die selbst Veränderungen des sprachlichen Ausdrucks nicht mehr zulassen. Dabei sind sie häufig sehr redselig und selbst in schweren Fällen sprachlich viel gewandter als beginnende Paralytiker und schwere Arteriosklerotiker. Aber wenn ein Thema berührt wird, so läuft die Rolle ab mit gleichen Wendungen, gleichen Interjektionen und Gefühlsausbrüchen.

Dieses Bild wird nun gefärbt nicht bloß durch die verschiedenen Grade der beschriebenen Störungen, sondern auch dadurch, daß zu ihnen mannigfache andere Symptome mehr oder minder häufig hinzutreten. Sehr charakteristisch ist z. B. die Unruhe mancher senil Dementer, die ständig etwas suchen, des Nachts, um Diebe abzufassen, mit Licht durch das Haus gehen, an sich selbst herumsuchen, ihre Taschen ausleeren oder alles auflesen, sammeln, was sie finden. In den stärkeren Graden geht diese Unruhe, die häufig ängstlich gefärbt ist, in ausgesprochene Verwirrtheit über. — Andere Patienten äußern groteske Wahnideen hypochondrischen oder melancholischen Inhalts (Nihilismus, vgl. S. 180) oder auch Größenvorstellungen, noch andere verfallen in einen kindischen Zustand leerer, läppischer Heiterkeit, in dem sie durch ihre Leichtgläubigkeit zum Kindergespött werden. Eine letzte Gruppe endlich ist erregt, zum Teil mit paranoiden Auffassungen, zum Teil in mehr manischer oder auch katatonischer Form. Selbst Verbigerationen kommen nicht ganz selten vor, am häufigsten wohl in Form eines stereotypen Jammerns („die hat mich geschlagen, geschlagen....“; „man will mich metzgern“), hinter dem ein entsprechender Affekt nicht mehr steht. Auf atypische Formen der präsenilen Verblödung (Picksche und Alzheimersche Krankheit) soll im speziellen Teil (Psychosen der Rückbildungsjahre) eingegangen werden.

Dementia epileptica.

Sehr charakteristisch ist die Demenz, zu der es bei manchen Epileptikern kommt. (Bei manchen, keineswegs jedoch bei allen; Kraepelin sah sie nur in der Hälfte seiner Fälle, eine Zahl, die nur dann wesentlich erhöht werden muß, wenn man leichteste Charakterveränderungen mitrechnet. Aber auch diese können ganz ausbleiben.) Die epileptische Verblödung wird gekennzeichnet durch eine Verlangsamung aller psychischen Vorgänge und insbesondere durch eine Erschwerung des Gedankenganges in Form einer zunehmenden Umständlichkeit und einer fortschreitenden Verarmung des Denkstoffes. Schon zur Auffassung der Eindrücke braucht der Kranke mehr Zeit, wenn sie ihm auch schließlich richtig gelingt. Die Verarbeitung der Eindrücke erfolgt ungemein mühselig, und schwierigere Zusammenhänge werden deshalb spät oder gar nicht erkannt. Die Zahl der Assoziationen, die sich dem Kranken anbieten, wird kleiner und das Tempo, in dem sie sich ablösen, immer langsamer — ähnlich wie die Bewegungen immer umständlicher und die Sprache immer häsitierender und singender wird. Epileptiker haben die größte Schwierigkeit, von einem Thema loszukommen, sie sind unelastisch und beharren eigensinnig auch auf der Form der Darstellung, die sie einmal gewählt haben. Sie in ihren langatmigen, mit allen Einzelheiten vorgebrachten Erzählungen zu unterbrechen, hat gar keinen Zweck; sie wiederholen einfach die letzten Sätze und fahren dann unbeirrt fort. Ziehen meint mit Recht, die epileptische Demenz wäre das konträre Gegenteil dessen, was man bei Gesunden als Esprit bezeichnete. Kraepelin definiert ebenso richtig den epileptischen Schwachsinn kurz als „Beschränktheit". Neue Urteile werden nicht vollzogen, weil alles Denken erstarrt und neue Gesichtspunkte, neue Gründe in diese träge Masse nicht zugelassen werden. Die Begriffe werden verschwommen und unklar, und jede Produktivität versiegt. Um so peinlicher und eigensinniger aber halten die Patienten an althergebrachten Gewohnheiten, an eingeschliffenen, meist geschraubten und schwülstigen Redewendungen („Das Dreigesetz der Natur käme hier in Betracht als Problem." „Ich möchte mich nicht selbst loben, aber so hab' ich ja meine Ehr und Achtung gehabt, daß ich's mir antun konnte, das Leben zu beachten." „Der Volontärarzt nimmt eben das Protokoll auf zur Gewißheit.") und an der bestimmten Reihenfolge aller Handlungen fest. So kommt eine gespreizte Umständlichkeit zustande, die z. B. ihre feierlichen Höflichkeitsbezeugungen auszeichnet und ebenso die kleinliche Pedanterie ihrer Lebensführung. Jeder Gegenstand muß genau an seinem Platz stehen, jedes Kinderspielzeug wird inventarisiert, manche Kranke heben jede Kleinigkeit von der Straße auf, weil die doch „von Wert" sein könnte, andere führen in ihrer eigenen Familie ein förmliches Zeremoniell ein, stellen eine Menge schrullenhafter Forderungen an ihre Bedienten, in welcher Reihenfolge die Fenster geputzt oder gelüftet werden müssen usf. Dabei wird der geistige Horizont immer enger und schließt sich immer fester um die unmittelbaren Interessen der eigenen Person. Von größeren Fragen interessieren die Kranken mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit nur religiöse, über die sie mit vieler Salbung sprechen; über andere reden sie wohl auch mit bedeutungsvoller Miene und „gebildet" klingenden Perioden, aber sie tun gar nichts, um irgend etwas Neues hinzuzulernen. Um so wichtiger sind für sie ihr Körper,



ihre Krankheit, ihre Behandlung. Das starke Selbstgefühl, das zu ihrem unterwürfigen Wesen in grellem Gegensatz steht, läßt sie jeden normalen Maßstab für die Beurteilung ihrer eigenen Bedeutung, ihrer Ansprüche, ihrer kleinen hypochondrischen Beschwerden und Sorgen verlieren. Jede Rücksicht auf andere wird beiseite geschoben. Sie sprechen am liebsten von sich und entfalten dabei eine breite, behagliche Selbstbespiegelung und eine satte Selbstgerechtigkeit. Sie sind frömmer, mitleidiger, patriotischer als andere, haben besondere Ansprüche auf himmliche Gnade und irdische Anerkennung, sie besitzen ein besonders schönes Gehirn, einen schönen Kopf, sind die „Allerbesten." „Der Herr hat den Geist in mir erweckt", meinte ein Kranker, „weil ich immer und stets die Gedanken auf dem Kreuz Christi hatte: das gibt mir schon einen Vorzug", und ein anderer, der einmal 6 Wochen Lehrling bei einem Techniker gewesen war, sagte uns (beim Elektrisieren): „Was wollen die Herren mir auf dem Gebiete der Technik vormachen, da bin ich derjenige, welcher." Hand in Hand damit gehen Beeinträchtigungsideen: andere sind dieser Vorzüge wegen neidisch und wollen die Kranken schädigen, anschwärzen, verleumden. Auch diese Behauptungen werden in stereotypen Formen und zumeist in salbungsvollen Sätzen, verbrämt mit Bibelsprüchen und bigotten Redewendungen, vorgebracht.

In den schwersten Fällen gesellen sich zu diesen Denkstörungen dissoziative hinzu, die wir aus der Symptomatologie der (epileptischen) Bewußtseinstrübungen kennen. Ganz heterogene Gedankenkomplexe werden aneinandergereiht und irgendwelche gefühlsstarke Vorstellungen plötzlich unvermittelt vorgetragen. In diesen Stadien, die man als protrahierte Bewußtseinstrübungen auffassen kann, ist es oft nicht leicht zu sagen, ob die Patienten sich in ihrem durchschnittlichen oder in einem Ausnahmezustande befinden.

Mit der Denkstörung eng verbunden ist die Anomalie des Gedächtnisses, die wir in schweren Fällen ebenfalls häufig antreffen. Sie ist nicht so charakteristisch wie die der senilen Demenz etwa, weil ihr Wesen eben in der Einschränkung der Ideenassoziationen, also in einer Störung der Reproduktion gelegen ist. Auf diese Weise werden ältere und neuere Erinnerungen ziemlich gleichmäßig geschädigt, und in schweren Fällen kommt es nicht selten auch zu einer deutlichen Erschwerung der Wortfindung. Dazu treten, wie gesagt, Auffassungsstörungen und Reminiszenzen an Dämmerzustände, die mit den normalen Erinnerungen vermischt werden. In den schwersten Fällen kann es so — auch außerhalb der Bewußtseinstrübungen — zur völligen Unorientiertheit kommen. Von jeher gelten Epileptiker als sehr schlechte Zeugen, und das beruht zum guten Teil darauf, daß die eigentümliche Anomalie der Assoziationen eine einmal gegebene falsche Darstellung besonders schnell fixiert. Ein Epileptiker, der überhaupt alles, was er erzählt, stets mit denselben Worten und in der gleichen Reihenfolge vorbringt und sich durch keine Unterbrechung stören läßt, gibt auch bei Zeugenaussagen die Möglichkeit eines Irrtums selten zu und hält nicht bloß Traumerinnerungen und echte Konfabulationen, sondern auch ursprünglich bewußte Lügen später eben deshalb für wahr, weil er sie wiederholt gedacht hat.

Überhaupt greift diese Form der Demenz wie kaum eine andere den Charakter mit an. Schon Samt sprach von den armen Epileptikern, die das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund

von Canaillerie im Leibe trügen. Das gilt, wie gesagt, nicht für alle, aber doch für viele, und deshalb geraten mehrere Epileptiker, die auf einem Saal vereinigt sind, mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit untereinander in Streit. Die meisten sind mürrisch und verstimmt, viele reizbar und rücksichtslos, und nur ein kleiner Rest ist stumpf und teilnahmslos Jeder einzelne denkt bloß an sich, besteht rechthaberisch und mit pedantischer Genauigkeit auf seinem Schein und ist mit allen Mitteln, auch mit sehr unerlaubten, bestrebt, dem angeblichen oder wirklichen Gegner zu schaden. Zudem sind viele bigott und verlogen, und alle sind erfüllt von einem ausgesprochenen Gerechtigkeitsgefühl, das sich aber im wesentlichen nur darin äußert, daß jeder stets findet, daß er „sein" Recht nicht bekommen habe. Dazu kommen das sehr empfindliche Mißtrauen, das sich nicht selten bis zu ausgesprochenen Beeinträchtigungsideen verdichtet, und die große Reizbarkeit dieser Kranken, deren Affekte als leicht erregbar, verstärkt und nachhaltig bekannt sind. Bleuler sagt ganz richtig, ihre Stimmung könne tagelang verdüstert sein, weil man einmal übersehen habe, sie zu begrüßen. Epileptiker greifen aus kleinstem Anlaß zum Messer, und zwar zuweilen auch dann noch, wenn dieser minimale Anlaß schon Monate zurückliegt. Dabei wirken Affekt- und Denkstörungen zusammen; denn auch von dem kränkenden Gedanken kommt der Kranke, der alles und jedes mit übertriebener Wichtigkeit behandelt, nicht los.

Zu bemerken ist schließlich, daß die hier geschilderten Charaktereigenschaften keineswegs immer alle vorhanden sind; manche demente Epileptiker sind durchaus gutartig und lenksam, und einige fallen gerade durch eine kindlich-treuherzige Gutmütigkeit (Kraepelin) wie durch eine beneidenswerte Hoffnungsfreudigkeit auf. Aber auch diese werden gewisse typische Charakterzüge immer aufweisen, und wenn man z. B. einen fragt, wer auf der Abteilung am fleißigsten sei, so wird er (falls dieser zugegen ist) erst den Oberwärter und dann mit zufriedenem Strahlen sich selbst nennen.

Auf die Unterscheidung der Demenz bei echter, konstitutioneller, „genuiner" Epilepsie von der Imbezillität nach Enzephalitis etc., die mit Anfällen verbunden ist, soll im speziellen Teil eingegangen werden; ebendort soll auch die keineswegs leicht zu entscheidende Frage erörtert werden, inwieweit sich endgültige Ausfälle von vorübergehenden trennen lassen. Auch über Residual- und Affektepilepsie s. dort.

Postinfektiöse Demenz.

Gewisse psychische Schwächezustände können auch nach manchen Infektionskrankheiten zurückbleiben — übrigens ohne daß sich in dieser Hinsicht bisher spezifische Unterschiede zwischen den einzelnen Infektionen herausgestellt hätten.

Die wenigsten von diesen Zuständen entsprechen dem Begriff der Demenz, die meisten sind heilbar und werden nur zu Unrecht häufig mit endgültigen Defekten verwechselt. Gerade deshalb müssen alle diese Zustände hier besprochen werden.

Bonhoeffer unterscheidet drei Hauptformen, die jedoch ineinander übergehen, nämlich einen hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustand, der

bei Jugendlichen, das amnestische Syndrom, das bei älteren Individuen häufiger ist, und endlich gewisse pseudoparalytische Endzustände.

Die Erscheinungen der hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustände knüpfen an die allgemein bekannten psychisch-nervösen Symptome der Rekonvaleszenz an. Die geistige und körperliche Hinfälligkeit steigert sich, die Kranken fühlen sich matt, ermüden leicht, klagen über Erschwerung des Denkens und über die Unfähigkeit, Entschlüsse zu fassen. Dabei sind sie besonnen und orientiert, ihr Wahrnehmungsvermögen ist ungestört; Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind herabgesetzt, alle komplizierten Arbeiten, insbesondere Kombinationen machen Schwierigkeiten. Daneben bestehen eine starke Überempfindlichkeit gegen Geräusche und Licht und subjektive Beschwerden wie Schmerzen im Kopf und in den Gliedern. Die Kranken versinken leicht in einen Zustand zwischen Wachen und Träumen und erleben dann schreckhafte Gesichtsbilder, elementare Gehörstäuschungen und eigentümliche Sensationen; das Bett bewegt sich, am Körper werden allerhand Wahrnehmungen gemacht, die zu hypochondrischen Deutungen führen.

Die Stimmung pflegt labil zu sein, doch überwiegt eine trübe, weinerliche Gesamtauffassung. Dazu sind die Kranken häufig wehleidig, launisch, gereizt, empfindlich und zuweilen auch mißtrauisch. Nicht selten kommt es namentlich des Nachts zu plötzlichen Angstanfällen. Nach einigen Wochen oder Monaten pflegt Heilung einzutreten, so daß diese Zustände noch nicht zur Demenz gerechnet werden können.

Das gleiche gilt für die meisten Fälle vom Korssakowschen Typus. Diese entwickeln sich aus einer deliranten, stuporösen oder amentiaartigen Fieberpsychose und unterscheiden sich symptomatologisch nicht von anderen Formen des amnestischen Symptomenkomplexes. Nur werden zuweilen auch späterhin, namentlich des Abends, delirante Zustände beobachtet. Die Stimmungslage pflegt indifferent zu sein, doch tritt gelegentlich, wie bei vielen Gehirnkranken, eine leicht euphorische Neigung zutage.

Auch diese Zustände pflegen nach Wochen oder Monaten zu heilen, doch bleibt in verhältnismäßig seltenen Fällen eine Merkschwäche zurück. Einen schweren Fall hat Mönckemöller nach Typhus gesehen.

Beobachtungen dieser Art gehen ohne scharfe Grenze in die schweren Defektzustände über, in denen sich Merkfähigkeitsstörung, Herabsetzung der Initiative und des Interesses mit körperlichen Symptomen zerebraler Herkunft verbinden. Die Kranken sind nicht bloß vergeßlich, sondern auch urteilslos, willensschwach und gleichgültig und äußern gelegentlich verworrene Wahnbildungen, die mit Sinnestäuschungen zusammenzuhängen scheinen. Ihre Stimmung ist entweder heiter und etwas erregt oder unzugänglich und bis zu Zornausbrüchen gereizt. Diese Fälle haben früher namentlich der Paralyse und der arteriosklerotischen Demenz gegenüber diagnostische Schwierigkeiten gemacht. Heute schützt uns vor Verwechslungen mit der Gehirnerweichung die Serologie; die zerebrale Arteriosklerose dagegen läßt sich bei älteren Leuten schon deshalb schwer ausschließen, weil sie sich bekanntlich häufig im Anschluß an Infektionen wirklich verschlimmert.

Schließlich sei erwähnt, daß ein Zurückbleiben der weiteren geistigen Entwicklung bei Kindern im Gefolge von Infektionskrankheiten zwar vorkommt,

aber doch verhältnismäßig seltener beobachtet wird, als man gemeinhin annimmt (Bonhoeffer).

Traumatische Demenz.

Unter der Bezeichnung „traumatische Demenz“ sind sehr verschiedene Zustände verstanden worden: einmal Defekte, die auf Herdsymptomen (Apraxie, Asymbolie, Aphasie) beruhen und deren nähere Gestaltung von der Lokalisation der Hirnverletzung abhängt, sodann amnestische Symptomenkomplexe, die für ein gewisses Stadium der Kommotionspsychose typisch sind, aber gewöhnlich ausgeglichen werden, und endlich neurasthenisch gefärbte Schwächezustände, die den postinfektiösen nahe stehen und in mehr als der Hälfte der Fälle die groben Folgen der Hirnerschütterung um Jahre überdauern.

Auf die durch eine Commotio cerebri bedingten Herderscheinungen hier einzugehen, wäre zwecklos; es mag genügen, auf sie hinzuweisen, weil sie den Eindruck einer allgemeinen intellektuellen Schwäche häufig zu Unrecht vortäuschen.

Der amnestische Symptomenkomplex, das Korssakowsche Syndrom — wie wir sahen, eine der Reaktionsformen, mit denen das Gehirn auf grobe äußere Schädlichkeiten, Infektionen, Intoxikationen, Traumen antwortet — bleibt nach schweren Hirntraumen[1]) zurück, nachdem die stürmischen Erscheinungen der Bewußtlosigkeit oder der Erregung abgeklungen sind. Wie Schröder richtig hervorhebt, bildet er gegenüber diesen Erscheinungen der ersten Stadien kein Novum; „er ist gewissermaßen der länger bestehenbleibende Rest der in der Bewußtlosigkeit steckenden Einzelstörungen und umfaßt von ihnen diejenigen, welche sich am spätesten zurückbilden.“ Bis dahin vergehen Wochen und selbst Monate, wenn auch eine gewisse Tendenz zur Besserung bei genauer Untersuchung fast immer schon früh festgestellt werden kann. Die Einzelzüge des Syndroms, Merkfähigkeitsstörung, Desorientierung über den Raum und insbesondere über die Zeit und Konfabulationen bei erhaltenem Gedächtnis für weiter zurückliegende Ereignisse und nicht gröblich gestörter Aufmerksamkeit und Auffassung, sind früher (S. 78) ausführlich besprochen worden. Die Stimmung ist bei den Kommotionspsychosen am häufigsten gereizt; die Kranken sind uneinsichtig, mürrisch, verdrossen, unwirsch; sie neigen zu mißtrauischen Auffassungen auch dem Arzt gegenüber, obwohl sie zumeist ein gewisses Krankheitsgefühl zeigen. Viel seltener sind manisch gefärbte, heitere Verstimmungen.

Ist auch das amnestische Stadium abgeschlossen, so bleiben in mindestens 60 % (Friedmann) aller Kommotionspsychosen noch gewisse allgemeinnervöse, neurasthenische Störungen zurück. Sie bestehen in Vergeßlichkeit, Ermüdbarkeit, Verlangsamung aller Reaktionen, in mangelnder Initiative und Tatkraft, unlustiger, reizbarer Stimmung und hypochondrischen Beschwerden. Die Kranken klagen über eingenommenen Kopf, Kopfdruck, Kopfweh, über Schlafstörungen, Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen.

---

[1]) Anm. bei der Korrektur. Ob das Syndrom bei Hirnverletzten, wie Forster meint, stets als Folge gesteigerten Hirndrucks aufgefaßt werden muß, wird abgewartet werden müssen.



Im größten Maßstabe haben wir diese Störungen im Kriege beobachtet. Nur ausnahmsweise werden nach Hirnschüssen psychische Störungen ganz vermißt. In der Mehrzahl der Fälle findet man noch lange nach der Verletzung Herderscheinungen und allgemeine seelische Veränderungen, deren Grad freilich oft eben der Herdsymptome wegen überschätzt wird. Besonders sei auf die „räumlich-optische Störung" hingewiesen, die zuerst Reichardt beschrieben hat und die nicht bloß das Lesen und das Schreiben erschweren bzw. unmöglich machen, sondern viel allgemeinere Störungen erzeugen oder doch vortäuschen kann. — Hinsichtlich der allgemeinen seelischen Veränderungen hat sich am häufigsten das folgende, ziemlich gleichförmige Bild gezeigt: eine enorme Erschwerung aller (auch der motorischen) Reaktionen, eine sehr starke Ermüdbarkeit und schließlich besonders durchgehend: ein Mangel an „Spontaneität"[1], eine Energielosigkeit, die nur durch ständiges Anfeuern (in Hirnschulen) überwunden werden kann. Sich selbst überlassen versinken die Kranken, bei denen gelegentlich auch kataleptische Erscheinungen und gewisse Muskelspannungen beobachtet werden, leicht in völligen Stumpfsinn.

Oft besteht nach Hirnverletzungen eine Intoleranz gegen Alkohol. Auch von diesen Kranken sind manche reizbar, neigen zu plötzlichen Wutausbrüchen oder zu depressiv gefärbten Verstimmungen, zu poriomanischen oder dipsomanischen Zuständen. (Seltener ist eine gleichmäßig gehobene Stimmung mit Neigung zu läppischen Witzen.)

Gehen diese zuletzt genannten Fälle ohne scharfe Grenze in das Gebiet der traumatischen Epilepsie über, so ist für die Mehrzahl der traumatischen Schwächezustände die Unterscheidung den hysterischen oder neurasthenischen Unfallsfolgen gegenüber nicht leicht. Insbesondere wenn durch die Rente ein Interesse des Kranken an seinen Symptomen bedingt ist, kann die richtige Beurteilung namentlich seiner subjektiven Klagen große Schwierigkeiten bereiten. Deshalb ist die Feststellung wichtig, „daß grobe Hysterien und schwere psychogene Zustände sich recht selten im Anschluß an ausgesprochene Kommotionspsychosen entwickeln, so häufig sie sonst nach Kopfverletzungen geringer Intensität sind." (Schröder.)

Schizophrene Demenz.

Am schwersten zu schildern ist die Verblödung der Schizophrenen, ja wir haben früher schon hervorgehoben, daß über die Berechtigung, hier von wirklicher Demenz zu sprechen, gestritten worden ist. Daß die intellektuelle Leistungsfähigkeit dieser Kranken, und zwar gewöhnlich schon früh, geschädigt wird, wird niemand bezweifeln. Aber richtig ist, daß ihr zerfahrenes Denken noch weniger wie ihr schrulliges Wesen immer und bei allen Gelegenheiten zutage tritt. Gerade hier werden uns die Grenzen der experimentellen Methodik besonders bewußt. Schizophrene, und zwar auch solche, die schon lange in der Anstalt herum stehen, wissen nicht nur viel, sondern leisten bei diesen Prüfungen häufig Gutes — mehr z. B. als manche Manisch-depressive, obwohl

[1]) Anm. bei der Korrektur. Forster sieht in diesem „Mangel an Antrieb" ein Herdsymptom der Stirnhirnverletzung. Auch wir sahen es bei Stirnhirnverletzungen am häufigsten, möchten das aber zunächst damit erklären, daß das Stirnhirn für höhere geistige Leistungen ganz im allgemeinen besonders wichtig ist.





Abb. 60. Gruppe von schizophrenen Endzuständen.

diese doch selten als dement erscheinen (Penon, Heilbronner). Nur sind ihre Leistungen ebenso launisch wie ihr Verhalten sonst: heute rechnen sie 3mal 3 falsch und morgen — ja vielleicht schon nach zwei Minuten — stellen sie schwierige Berechnungen auf. Heute stehen sie stumpf in einer Ecke und morgen unterhalten sie sich vorzüglich mit einem Besucher oder führen einen wochenlang vorbereiteten Fluchtversuch sehr raffiniert aus. Jeder Irrenarzt kennt Fälle, in denen er die Entlassung dringend widerraten hat, und in denen sich die Kranken dann zu Hause durch Monate hindurch beinahe unauffällig benommen haben. So kann Bleuler sagen: „Der schwere schizophrene Blödsinn ist (außer durch den stärkeren Mangel an Interesse und Betätigung) dadurch charakterisiert, daß unter allen Gedanken und Handlungen numerisch viele Fehlleistungen sind; ob eine gestellte Aufgabe schwierig oder nicht schwierig ist, ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Die Demenz der leichtesten Formen ist umgekehrt dadurch zu kennzeichnen, daß diese Leute für gewöhnlich ganz vernünftig, potentia aber jeder Dummheit fähig sind."

Auch im Leben treten diese Widersprüche zutage. Bleuler berichtet von einem schizophrenen Gelehrten, der seinen Weltruf durch wissenschaftliche Arbeiten aufrecht erhält, und wir alle kennen Patienten, die wenigstens in bescheideneren Grenzen Erträgliches leisten. Am anderen Ende der Reihe stehen die vollkommen zerfallenen Persönlichkeiten, die jede Anstalt beherbergt, und bei denen wir Anlaß zu der Vermutung haben, daß sie nicht einmal mehr ein Selbstbewußtsein besitzen, und daß ihre Denkmaschine längst leer läuft, bloße sprachliche Formen grammatikalisch verwendend. Das folgende Beispiel mag einen solchen Sprachzerfall, bei dem der blühendste Unsinn unter der Form der geordneten Rede vorgetragen wird, noch einmal anschaulich machen [1]).

„Schließlich muß ich die ganze Einrichtung tot machen; das ist der Sieg, der dabei ist. So viel Recht ist in 'ner selbständigen Materie drin. Früher hat mich eine ganze Gesellschaft in Gesellschaft gebracht, seit der Zeit bin ich geboren. Der Leib ist die Verbindung nicht eingegangen, da hielt ich mich für ein Schwein. Ich bin über Asien geboren. Erst hab' ich den Sohn gehabt, der kam hinter mir zum Vorschein, dann der, den hab' ich selbst gemacht. Der Euphrat soll meine Mutter sein und der Sinai mein Vater; da unten sind wir rausgekommen. Es ist die Gesellschaft, oder ist es nur ein Teil oder die Menschheit, die hier vertreten sind. Sie selber aber sind Cartesius. Die Gedanken könnten auch ohne uns bestehen und könnten unsere ganze Hilfe nicht mehr gebrauchen. Etwas hab ich selbst behalten; wenn die Außenwelt so mächtig ist, daß sie mit uns spricht, dann erzählt sie uns was."

Es ist klar, daß hier die Begriffe zerfallen sind und daß hinter den Worten nichts von dém steht, was der Gesunde bei ihnen denkt. Auf dieselbe Weise kann in den schwersten Fällen wie gesagt auch das Ich-Bewußtsein verloren gehen. Ein männlicher Kranker identifiziert sich dann mit seiner Mutter, oder er spricht dauernd von seinem Bruder, der neben ihm lebt und alle seine Lebensschicksale teilt und der in Wirklichkeit er selbst ist.

Wir haben schon gehört, daß vermöge derselben Denkstörung nicht bloß unsinnige Motivierungen (vgl. S. 131), sondern auch Wahnideen zustande

---

[1]) Im übrigen sei auf den Abschnitt auf S. 129 ausdrücklich verwiesen.



kommen; zu welchen Urteilsmängeln sie sonst Anlaß geben, mag das Beispiel eines Patienten zeigen, der der Meinung war, die Regierung lenke die Gestirne und mache das Wetter, weil sie doch einen Kalender herausgäbe, in dem die Mondphasen vorausgesagt würden, und weil sogar Wetterprognosen erschienen. Wie sollte man diese Dinge vorher wissen, wenn man sie nachher nicht auch selbst zu leiten und zu bestimmen habe. Auch an den früher erwähnten Arzt sei noch einmal erinnert, der seine „Gedankenreflexionen" durch einen über seinem Schreibpult angebrachten Reflexspiegel anregen wollte. Eine weibliche Patientin endlich, die einen Ebbinghausschen Bogen (vgl. S. 321) ausfüllen sollte, diese Aufgabe auch gut verstand und löste, fügte schließlich zu dem gegebenen Text, in dem jemand von sich berichtet, daß er vor Schwäche nicht hätte aufstehen können, hinzu: „ich stand aber doch auf". Sie hat das auch später verteidigt und war nicht zu dem Eingeständnis zu bewegen, daß der Text ihre Person doch nicht anging, genau wie die früher erwähnte, sehr intelligente Patientin es auch heute noch ganz in der Ordnung findet, daß sie im Examen nicht das wirklich gestellte Thema, sondern ein anderes behandelt hatte, auf das sie vorbereitet war. Denn auch das ist charakteristisch für diese Art des Denkens, daß es zäh festhält an einmal geschlossenen Assoziationen und so einen dem normalen Verständnis vollkommen entzogenen Eigensinn begründet. Daß dabei Negativismus und Sperrung mitwirken, ist im allgemeinen sicher; wie weit es im einzelnen Falle so ist, läßt sich häufig recht schwer entscheiden.

Noch regelmäßiger wird die soziale Leistungsfähigkeit der Dementia praecox-Kranken durch ihre gemütliche Verblödung beeinträchtigt. Die Kranken werden stumpf und interesselos und versagen deshalb Leistungen gegenüber, zu denen ihre „reine" „Intelligenz" sie theoretisch sehr wohl noch befähigen würde. Sie besitzen nach außen — der Wirklichkeit gegenüber — gar keinen Ehrgeiz, und so fehlt ihnen jedes tatkräftige Streben. Das hindert sie nicht, zu manchen Zeiten und auf manchen Gebieten irgend etwas mit einer Energie durchzuführen, die nun wieder Gesunde nicht aufbringen, oder aber ihr Leben mit einer maschinenmäßig ausgeführten Arbeit zu fristen, die andere in der Erinnerung an ihre ursprüngliche höhere Lebensstellung weit von sich weisen würden. Aber auch hervorragende Leistungen können — freilich sehr selten — dadurch möglich werden, daß der Kranke einen guten Gedanken ohne jede Rücksicht auf alle Widersprüche und Schwierigkeiten eigensinnig durchsetzt. Auch hierfür bringt Bleuler ein Beispiel. Nur neuer eigener Gedanken sind Schizophrene niemals fähig; die Produktivität, die Phantasie werden immer gelähmt.

Mit dem Eigensinn und der gemütlichen Stumpfheit hängt eine Eigenschaft der Dementia praecox-Kranken zusammen, die sie namentlich von den Imbezillen, aber auch von Paralytikern unterscheidet: sie lassen sich im allgemeinen nichts einreden und können insofern nicht leicht zu ihrem oder anderer Leute Schaden mißbraucht werden. Ausnahmen kommen freilich vor, wie sich bei dieser widerspruchsvollsten aller Krankheiten allgemeingültige Regeln überhaupt nicht aufstellen lassen.

Recht eigentümlich wird die Besonderheit der schizophrenen Demenz endlich durch das Verhalten der „Krankheitseinsicht" beleuchtet. Diese fehlt bekanntlich bei Paralytikern z. B. fast immer schon früh. Hier ist das

Gegenteil zum mindesten nicht selten — nur ist die Einsicht danach. Ein Patient Bleulers hat gedichtet:

Wie hat die Liebe mich entzückt,
Als ich noch schwer und kugelrund!
Hier sitz ich jetzt und bin verrückt,
Und wiege kaum noch hundert Pfund.

Bemerkungen wie „ich bin total verrückt" sind sogar ziemlich häufig, und ebenso kommen halluzinierende Schizophrene gar nicht selten mit der Diagnose in die Sprechstunde: „Ich leide an Verfolgungswahnsinn." Auf eine wirkliche Einsicht in den Krankheitsprozeß braucht man darum noch nicht zu schließen, aber immerhin wird in solchen Äußerungen doch deutlich, in einem wie vollkommen anderen Verhältnis diese Patienten zu ihren Krankheitserscheinungen stehen als echte Paranoiker z. B. Sie glauben an die Dinge und glauben doch wieder nicht daran, oder wie Bleuler sich diesen Zustand vorstellt: ein Teil der Persönlichkeit glaubt, der andere nicht. Sicher hat diese Theorie von der Spaltung der Persönlichkeit manches für sich, viele Widersprüche im Verhalten der Kranken würden so aufgeklärt werden. Im übrigen wird eine vom Verstand wirklich vollzogene Einsicht natürlich eine besondere Färbung erhalten, wenn gemütliche Defekte den Kranken verhindern, entsprechende Gefühle aufzubringen. Viele Schizophrene, die sozial wieder brauchbar geworden sind, sprechen von ihrer Krankheit ohne jede Scheu und jede Gemütsbewegung, als wenn es sich gar nicht um sie handelte. „Ich habe mir mein Eisernes Kreuz redlich verdient", schreibt mir ein früher von mir behandelter Arzt aus dem Schützengraben (und zwar auf offener Postkarte!), „die schizophrene Wurstigkeit wird im Felde sehr geschätzt."

Aber alle solche Beispiele — und erst recht alle theoretischen Ausführungen — vermögen das Wesen der schizophrenen Demenz nicht auszuschöpfen. Das, was in dieser Hinsicht tatsächlich vorkommt, spottet jeder Darstellung, so mannigfaltig und so widerspruchsvoll sind die Erscheinungen dieser Krankheit. Wir haben schon darauf hingewiesen, daß hier Denkstörungen und Symptome der Willens- und der Gefühlssphäre (Negativismus, Sperrung, Bizarrerien usf.) unentwirrbar ineinandergreifen. So hängt die tatsächliche soziale Brauchbarkeit der Patienten weniger von der Schwere ihres Leidens als von seiner zufälligen Gestaltung ab.

Dementia phantastica.

Die Urteilsschwäche bei der Dementia phantastica erschöpft sich im wesentlichen in der Gestaltung der Wahnideen; es sei deshalb auf diesen Abschnitt verwiesen.

Alkoholdemenz.

Von den durch chronische Giftwirkungen herbeigeführten Verblödungszuständen seien zuerst die alkoholistischen erwähnt. Ihre Beurteilung wird dadurch erschwert, daß viele Trinker Imbezille, Epileptiker, Psychopathen oder Schizophrene sind, Menschen also, bei denen die Trunksucht nicht als Ursache, sondern als Folge der psychischen Krankheit angesehen werden muß.

Trotzdem lassen sich bekanntlich gewisse Züge in dem psychischen Bilde jedes Trinkers wiederfinden; Züge, die somit als Symptom der Giftwirkung

angesehen werden dürfen. In diesem Zusammenhange interessieren uns nur die schweren Defekte, die erst nach ziemlich langem Alkoholmißbrauch auftreten, dann aber gewöhnlich auch nicht mehr ausgeglichen werden.

Diese Defekte entsprechen in vieler Hinsicht denen aller übrigen organischen Demenzen, aber sie erhalten innerhalb der alkoholistischen Psyche doch gewöhnlich eine besondere Färbung. Bleuler hebt als wesentlich den flachen. oberflächlichen Gedankengang und das starke Bedürfnis zur Abrundung der Ideen namentlich in kausaler Beziehung hervor. Damit hängt die Aufmerksamkeitsstörung zusammen, die im Verein mit der großen Ermüdbarkeit den Kranken jede genaue Beobachtung und jedes konzentrierte Nachdenken unmöglich macht, und sie verhindert, schwierigen Gedankengängen zu folgen. Schließlich entsteht so die geistige Schwerfälligkeit, der „Stumpfsinn" der Potatoren, das erstarrte Festhalten am Altgewohnten, das Fehlen jeder Produktivität und die Einengung der Assoziationen und des Interessenkreises auf den allerengsten Bezirk egoistischer Wünsche und Ziele. Dazu tritt, und zwar häufig ehe es zu schweren Urteilsstörungen kommt, eine charakteristische Schädigung des Gedächtnisses, die in fortgeschrittenen Fällen niemals fehlt. Die Kranken müssen sich alles, jeden Namen, jedes Datum, jeden geschäftlichen Auftrag notieren, weil ihr Gehirn außerstande ist, neuen Gedächtnisstoff aufzunehmen. Es ist wichtig festzustellen, daß sich dieses Symptom allmählich und bei allen schweren, speziell bei allen Schnapstrinkern entwickelt, weil man allzu leicht geneigt ist, aus seinem Nachweis auf das Vorhandensein eines eigentlichen Korssakowschen Syndroms zu schließen. — Daß aus der unscharfen Auffassung (gelegentlich) Trugwahrnehmungen und aus der Gedächtnisstörung (häufiger) Konfabulationen entstehen, sei auch hier wiederholt.

Alle diese intellektuellen Störungen werden nun regelmäßig durch eine starke moralische Abstumpfung begleitet, die den Trinkern früh jedes Verantwortungsgefühl auch beim Denken nimmt, ihre soziale Brauchbarkeit aber auf andere Weise noch stärker schädigt. Die gemütliche Roheit, die bis zur Brutalität gehen kann, sich aber selbst dann noch gewöhnlich mit einer süßlich-sentimentalen Gefühlsheuchelei verbindet, und die Reizbarkeit, die schwere Gewalthandlungen auf kleinen Anlaß folgen läßt, sind allgemein bekannt. 45 % der Trinker, die Moeli behandelte, waren wegen Körperverletzung, Hausfriedensbruch u. dgl. vorbestraft! Die Stimmungslage im ganzen ist etwas labil, sie „schwankt zwischen unmännlicher Weinerlichkeit und würdeloser Unbekümmertheit" (Kraepelin), kann aber auch ganz andere Formen annehmen. Der jovial-heitere Potator, dessen spezifischen und fast diagnostisch brauchbaren Humor man an Vertretern besonders gefährdeter Stände (Droschkenkutscher, Wirte, Pförtner, Dienstmänner usw.) täglich beobachten kann, zeigt sich zu Hause nicht selten als rücksichtsloser reizbarer Tyrann, und seine zornige Erregung geht nicht selten in ein ebensowenig nachhaltiges heulendes Elend über. Von einem Strohfeuer spricht deshalb Bleuler; in der Art, wie es entsteht, kommt wieder die Urteilsstörung zum Ausdruck; der Tod eines Vaters, der seit 30 Jahren im Grabe liegt, wird vor Fremden beweint, und eine in der Kindheit erlittene Kränkung bringt alte Leute in Wut. Gleichzeitig zeigt sich auch dabei wieder die ethische Abstumpfung: die intimsten Familienangelegenheiten, selbst die Geheimnisse des ehelichen Verkehrs nicht ausgeschlossen, werden vor wildfremden Leuten am Biertisch besprochen, das Unglück der

nächsten Angehörigen zu flachen Scherzen, wirkliche und angebliche Erfolge der Kinder ohne jede Zurückhaltung zu plumpen Renommistereien benutzt. Dabei läßt sich zwischen Fabulationen und Lügen im einzelnen Fall kaum unterscheiden: die Kranken, die durch ihr Laster in eine immer schiefere soziale Situation geraten, sind so an Ausflüchte, Beschönigungen etc. gewöhnt, daß sie schließlich jeden Maßstab für die Beurteilung ihrer eigenen Behauptungen verlieren und das meiste, was sie sagen, im Augenblick selbst glauben. Darauf beruhen zum Teil ihre Erfolge nicht bloß fremden Menschen, sondern auch der eigenen Frau gegenüber. Sie versetzen sich in Stimmungen der Reue und der guten Vorsätze, des Mitgefühls für andere, der patriotischen Begeisterung usf. so lebhaft hinein, daß sie selbst auf urteilskräftige Menschen ganz echt wirken. So wird ihr Wesen immer unwahrer und hohler: sie predigen Moral, überbieten sich in schönen Gefühlen und berauschen sich an Plänen zu geschäftlicher, wissenschaftlicher, künstlerischer oder sozialer Arbeit und trinken dabei immer wieder, prügeln Frau und Kinder, bändeln mit Kellnerinnen an, vergehen sich an Kindern, vergeuden ihr Vermögen, vernachlässigen ihr Amt, lassen sich bestechen, stehlen, hehlen, unterschlagen. Daran ist nicht bloß die Willensschwäche schuld, die sich ja in erster Linie schon im Trinken selbst äußert, sondern zugleich das völlige Fehlen jedes echten Ehrgefühls, das die Kranken ihr soziales Hinabgleiten gar nicht empfinden, ja sie trotz völligen Schiffsbruchs immer noch an einer gewissen eitlen Freude an Aufschneidereien festhalten läßt. Ursprünglich hochbegabte Leute sind stolz darauf, eine verkommene Gesellschaft zweifelhafter Existenzen mit schmutzigen Witzen, trivialen musikalischen Produktionen oder mit politischen Kannegießereien unterhalten zu haben oder noch mehr trinken zu können als andere. Oft ergehen sich die Patienten bei solchen Ergüssen auch in Drohungen gegen andere, die ihnen angeblich Unrecht getan haben, deren Vergehen aber zumeist darin besteht, daß der Kranke Grund hat, sich vor ihnen zu schämen. So sind die gewöhnlichen Opfer ausgeführter Drohungen die Frau und die Kinder; anderen Leuten gegenüber erweisen sich Potatoren zumeist als feig und servil, sobald sie ihnen ins Auge sehen müssen. Ausnahmen beruhen gewöhnlich auf Beeinträchtigungsideen, die beim Alkoholismus (nicht nur in der Form des Wahns der ehelichen Untreue) recht häufig sind.

Mit der Labilität der Affekte und der Willensschwäche hängt die verhältnismäßig große Suggestibilität der Trinker zusammen; sie lassen sich (namentlich zu allem Schlechten) leicht bestimmen, und ihre Affekte können durch entsprechende Wahl des Themas ausgewechselt werden wie bei der Paralyse.

Bisher ist nur von der durch fortgesetzten Alkoholmißbrauch allmählich erzeugten intellektuellen Schwäche die Rede gewesen. Nun gibt es bei Trinkern aber auch Störungen, die ziemlich plötzlich einsetzen und dann häufig noch schwerere Defekte hinterlassen. Eine solche Krankheit ist die Korssakowsche Psychose, über deren Hauptsymptom früher (S. 78) berichtet worden ist.

Ein anderer Endzustand ist der, den Kraepelin als „halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker" bezeichnet. Auch er schließt sich gewöhnlich an ein Delir an, dessen Wahnideen nicht aufgegeben, sondern in einen chronischen Defektzustand mit hinübergenommen werden. Diese Wahnideen, die gewöhnlich die Verfolgungen durch andere zum Inhalt haben oder sich auf

sexuelle Dinge beziehen, sind ausgesprochen schwachsinnig. Schwachsinnig ist auch die wenig aktive Art, mit der die Kranken auf diese Vorstellungen reagieren. Dem entspricht es, daß die Wahngedanken in manchen Fällen zwar nicht aufgegeben werden, aber abblassen.

(Über den Wahn der ehelichen Untreue vgl. S. 188.)

Morphinismus.

Der chronische Morphiummißbrauch erzeugt Veränderungen, die man wohl im Prinzip für ausgleichbar halten kann, die aber praktisch die geistige Leistungsfähigkeit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dauernd herabsetzen. Im einzelnen wird das Gedächtnis unsicher und unzuverlässig, und zwar vielleicht nicht einmal so sehr durch nachträgliches Vergessen, als durch eine primäre Störung der Auffassung. Ein definitiver Verlust von früher erworbenem Gedächtnismaterial kommt wohl niemals vor, ebensowenig wie weitergehende und irreparable Urteilsdefekte zum Bilde des Morphinismus gehören. Dagegen sinkt gesetzmäßig und immer die geistige Leistungsfähigkeit, und insbesondere die Produktivität leidet Not. Wohl vermögen sich die Kranken im Anfang durch immer gesteigerte Dosen noch zu Leistungen in die Höhe zu peitschen, die ihrer früheren Arbeitskraft einigermaßen entsprechen, und auch das ist zuzugeben, daß eine mechanische Erfüllung von Berufspflichten zuweilen selbst nach jahrelangem Mißbrauch möglich ist. Selbständiges geistiges Schaffen dagegen scheitert schon an dem Mangel an Initiative, der allen Morphinisten eigen ist, und der sowohl im Zustande des Morphiumhungers, wie unter der beruhigenden Wirkung einer eben erfolgten Injektion vorhanden zu sein pflegt. Im übrigen liegt es in der Natur der Sache, daß die intellektuellen Eigenschaften sowohl wie die körperliche Tüchtigkeit dauernd sich wiederholende Schwankungen aufweisen — sobald die Wirkung der letzten Spritze nachläßt, werden die Kranken schlaff, müde, arbeitsunlustig und intellektuell unbrauchbar, um dann nach neuer Zufuhr von Morphium geistig und körperlich wieder aufzuleben. Genau so ist es mit der Stimmung, und wer unter bekannten Kollegen etwa auf Morphinisten achten will, wird gerade die Ungleichmäßigkeit ihres Verhaltens besonders typisch finden; sie werden gereizt und unzufrieden, hypochondrisch und depressiv immer dann, wenn ihr Körper neues Morphium verlangt, und sobald sie diesem Bedürfnis nachgegeben haben, sind sie heiter, liebenswürdig und lebhaft. Die Tiefe der im Zustand des Morphiumhungers erreichten Depression ist natürlich individuell verschieden; bei manchen Kranken kommt es zu schweren Angstanfällen, und diese sind es dann, die das Hauptkontingent zu den morphinistischen Selbstmördern stellen.

Die Abhängigkeit vom Morphium, in die die Kranken geraten, begründet an und für sich schon eine gewisse ethische und ästhetische Abstumpfung der Persönlichkeit. Eine ähnliche Depravation beobachten wir ja bei allen Suchten und überhaupt bei allen Lastern, die den davon Betroffenen immer wieder rückfällig und zum Verräter an seinen eigenen Vorsätzen machen. Beim Morphinismus kommt aber zweifellos, ähnlich wie beim Alkoholmißbrauch, noch etwas anderes hinzu: eine spezifische Schädigung, die das Gift als solches auf die Psyche ausübt. Selbst wenn wir bei der Mehrzahl dieser Patienten ein großes Maß von Energielosigkeit und Willensschwäche

als Ausdruck einer hysterischen oder neurasthenischen Veranlagung von Hause aus voraussetzen wollen, die moralischen Entgleisungen, in die sie fast alle hineingeraten, stehen in gar keinem Verhältnis zu dem, was bei nervös entarteten Menschen durchschnittlich sonst vorkommt. Morphinisten, die ihre Angehörigen und ihren Arzt nicht belügen, kommen wohl überhaupt nicht vor. Betrugsversuche, Rezeptfälschungen und Unterschlagungen sind so häufig, wie sie normalerweise unter Angehörigen der hier in Frage kommenden Gesellschaftskreise selten sind. Besonders charakteristisch in dieser Beziehung sind zwei Eigentümlichkeiten, die fast alle diese Kranken zeigen. Die eine besteht in der nach normalen Begriffen geradezu ungeheuerlichen Frivolität, mit der viele Morphinisten Proselyten zu machen versuchen. Nicht wenige Menschen werden durch Verführung durch den Gatten, durch Freunde oder Freundinnen oder, wie leider hinzugefügt werden muß, durch den morphinistischen Arzt krank gemacht. Weniger verhängnisvoll, aber ebenso typisch ist das Verhalten, das die Morphinisten bei ihrem Eintritt in Entziehungsanstalten an den Tag zu legen pflegen. Fast niemals kommt ein Patient, um sich das Morphium entziehen zu lassen, in ein Sanatorium oder in eine Klinik, ohne daß er in irgend einer Form Morphium einzuschmuggeln sucht, und wenn dieser Versuch einmal ausnahmsweise nicht gemacht oder aber vereitelt worden ist, so bemühen sich die Kranken doch wenigstens nachträglich, ihre Angehörigen zum Mitbringen von Morphium zu überreden oder das Personal zu bestechen. Auch sonst sind die Morphinisten sehr unangenehme Gäste der Krankenhäuser; namentlich wo mehrere zusammentreffen, unterlassen sie es selten, gegen die Ärzte zu konspirieren, andere Patienten aufzuhetzen usf.

Bromintoxikation.

Diagnostische Schwierigkeiten bereitet endlich gelegentlich die Vergiftung durch lang fortgegebene zu hohe Bromdosen. Sie führt, außer zu Gedächtnis- und Auffassungsstörungen und zu einer erheblichen psychischen Abstumpfung, auch zu aphasischen Symptomen, lallender Sprache, Tremor und unsicherem Gang und erzeugt so ein Bild, das von dem der Paralyse nicht ganz leicht unterschieden werden kann. Freilich hellt sich dieses Bild, in dem gelegentlich das Symptom des Haftens besonders auffällt, bei Entziehung des Gifts in wenigen Tagen auf.

Abgrenzung der Demenz von funktionellen Zuständen.

Im Grunde gehören ja Störungen dieser Art nicht mehr hierher. Sie bestehen nicht in einer dauernden Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und mußten nur erwähnt werden, weil sie eine solche gelegentlich vorzutäuschen vermögen. Es mag nun in diesem Zusammenhange ganz allgemein die Frage aufgeworfen werden, wie weit überhaupt Verblödungszustände und im Prinzip heilbare Krankheiten miteinander verwechselt werden können. Hinsichtlich der psychogenen „Pseudodemenz“ sei dabei auf S. 382 verwiesen. Der häufigste Fall, in dem die Frage sonst praktisch akut wird, ist der, in dem die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein getroffen werden soll. Daß schwer gehemmte Kranke

dement erscheinen können, ist kein Wunder; leistungsunfähig sind sie tatsächlich, und wenn die affektiven Begleiterscheinungen der Hemmung, die Angst und die Versündigungsideen einmal wenig oder gar nicht ausgeprägt sind, so ist die Diagnose keineswegs leicht. Andererseits kommen auch im Verlauf der Dementia praecox Depressionszustände mit Hemmung nicht ganz selten vor, und umgekehrt widerlegen gelegentliche katatone Symptome die Annahme eines manisch-depressiven Stupors nicht sicher.

Aber auch manische Patienten können als schwachsinnig imponieren. Die Oberflächlichkeit ihres Denkens macht sie häufig kritiklos, und so leisten sie auf vielen Gebieten weniger Gutes als früher. Ist ihr Vorstellungsschatz von Hause aus nicht groß und ihr Urteil nicht kräftig gewesen, so wird die Ideenflucht mit verbigeratorischen Reihen und die heitere Unruhe mit läppischer Erregung verwechselt werden können.

Dazu kommt, daß Manisch-depressive mit gehäuften Anfällen und kurzen Intervallen aus Mangel an geistiger Anregung und regelmäßiger Tätigkeit selbst dann veröden, wenn sie nicht dauernd in dem ewigen Einerlei der Anstalt zurückgehalten werden müssen. Tritt dieses Moment noch dazu, so ist es erklärlich, daß sich hier wie bei Paranoikern und bei Paraphrenen die Interessen immer mehr einengen und schließlich eine Beschränktheit eintritt, die schon lange von einem „Anstaltsschwachsinn" hat sprechen lassen.

VIII. Störungen des Bewußtseins.

Begriff.

Das Wort Bewußtsein wird in der Psychologie und in der Psychopathologie in mehrfacher Absicht gebraucht. Für gewöhnlich bezeichnet es einfach die Tatsache, daß außer der materiellen noch eine seelische Welt existiert; dann sind natürlich die Begriffe psychische Anomalie und Störung des Bewußtseins identisch. Von dieser Bedeutung des Wortes soll hier abgesehen werden. Wir wollen jetzt von bestimmten seelischen Zuständen sprechen, deren Verschiedenheit man in einem der Optik entnommenen Vergleich in Helligkeitsgraden des Bewußtseins auszudrücken pflegt.

Eine geläufige innere Erfahrung zeigt, daß wir das Kommen und Gehen von psychischen Vorgängen, von Empfindungen, Vorstellungen, Gedanken und Willensimpulsen, den Wechsel von Stimmungen und bis zu einem gewissen Grade auch die Wandlungen unserer Persönlichkeit selbst wahrnehmen, daß wir unseren eigenen seelischen Erlebnissen gleichsam als Zuschauer gegenüberstehen. Diese Selbstbeobachtung ist nicht immer gleich deutlich und scharf; schon im gesunden Seelenleben verbinden die Zeiten vollster Bewußtseinshelligkeit und die tiefster Bewußtseinstrübung zahlreiche Übergänge. Nur an den Schlaf, den Traum, an manche Erlebnisse unmittelbar vor dem Einschlafen, an die Zeiten heftigster Gemütserregung sowie auf der andern Seite an die Klarheit des Denkens und des Selbstbewußtseins auf der Höhe des Tages, mitten in ruhiger geistiger Arbeit sei in diesem Zusammenhang ausdrücklich erinnert.

Bewußtseinsinhalt. Enge des Bewußtseins.

Auch das zeigt die Selbstbeobachtung, daß der Inhalt, den das Bewußtsein auf einmal klar erfassen kann, nicht allzu groß ist. In Wirklichkeit ist er noch kleiner, als man gewöhnlich voraussetzt. Wir verlegen häufig Dinge, die wir tatsächlich nacheinander erleben, in die Zeiteinheit. Gleichzeitig werden wenige Gegenstände deutlich bewußt. Aber außer den scharf erfaßten Inhalten enthält das Bewußtsein beinahe immer noch andere Bestandteile, die weniger klar hervortreten, musikalisch ausgedrückt, die nicht dominieren, aber doch mit anklingen. Ein hergebrachtes Bild unterscheidet deshalb zwischen dem Blickpunkte und dem Blickfelde des Bewußtseins: was im Blickpunkte steht, wird klar und scharf erfaßt, von da nach der Peripherie des Gesichtsfeldes wird die Wahrnehmung immer undeutlicher und schatten-

hafter. Aber wie wir den Blickpunkt unseres körperlichen Auges jederzeit neu einstellen und auf Dinge richten können, die bis dahin in der äußersten Umgrenzung des Blickfeldes gelegen waren, so vermag normalerweise die Aufmerksamkeit auch die Helligkeit zu ändern, die sie den einzelnen Inhalten des Bewußtseins in jedem Augenblick zuwendet. Selbst die Gruppe von Empfindungen und Gedanken, die unser Bewußtsein nie ganz verläßt, die des Ichkomplexes, des Selbstbewußtseins, zeigt gewisse Schwankungen des Grades. Es gibt Zeiten, in denen wir uns wirklich beinahe selbst vergessen, und wiederum andere, in denen dieses Persönlichkeitsgefühl das gesamte Bewußtsein beherrscht.

Diese Tatsache eines Nebeneinander im Bewußtsein macht die Begriffe Bewußtseinsstörung und Bewußtseinstrübung erst verständlich und möglich. Alle — auch die normalen — Änderungen des Bewußtseins lassen sich als eine Veränderung in der Rangordnung der gleichzeitig bzw. unmittelbar nacheinander bewußten Inhalte verstehen, und in den verschiedenen Graden der Bewußtseinshelligkeit drücken wir die verschieden großen Schwankungen aus, die diese Rangordnung durchmacht.

Unterbewußtsein und unbewußtes Seelenleben.

Ehe wir auf solche Bewußtseinstrübungen näher eingehen, muß eine Frage erörtert werden, die gerade heute wieder aktueller geworden ist: ob wir nämlich Grund haben, ein unbewußtes psychisches Geschehen, ein „Unterbewußtsein“ neben dem „Oberbewußtsein“ vorauszusetzen. Mit dem logischen Einwand, daß die Begriffe bewußt und psychisch sich deckten, ein unbewußtes psychisches Leben also ein Widerspruch in sich selbst, ein hölzernes Eisen bedeute, läßt sich das Problem nicht abtun. Das träfe nur die Formulierung der Lehre, nicht aber die Tatsachen, auf die sie sich stützt.

Von diesen Tatsachen reichen die, die wir bisher schon besprochen haben, daß nämlich verschiedene Grade der Bewußtseinshelligkeit vorkommen, und daß sich manche Erlebnisse, die jeder zu machen Gelegenheit hat, mit halbbewußt und dunkelbewußt gut bezeichnen lassen, zur Aufstellung eines eigenen Unterbewußtseins nicht aus. Denn bei diesem Unterbewußtsein soll es sich um ein Geschehen handeln, das nicht nur nicht klar, sondern überhaupt nicht bewußt wird und das doch ein psychisches Geschehen ist. Gewiß drängen beim wachen Menschen viele psychische Elemente ständig an die Oberfläche; Wahrnehmungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle und Willensimpulse durchkreuzen sich und streiten um die Herrschaft. Derselbe körperliche Reiz z. B., der unter anderen Umständen einen lebhaften Schmerz auslösen würde, bedingt eine schwache Berührungsempfindung, wenn das Bewußtsein mit anderen Inhalten erfüllt, die Aufmerksamkeit abgelenkt ist. Aber für diese Fälle (einer verschiedenen Intensität der Bewußtheit) wird nicht behauptet, daß eine Unterseele komplizierte seelische Funktionen verrichtet, die dem Oberbewußtsein nur als fertige Ergebnisse übermittelt werden. Die überwiegende Menge dessen, was unser Gedächtnis ausmacht, existiert in bewußter Form gewöhnlich nicht. Alle unsere Kenntnisse und Erfahrungen mit Ausnahme der wenigen, an die wir gerade denken, sind nicht bewußt; sie können nur jederzeit bewußt werden. Ihnen aber deshalb inzwischen irgend eine sonstige

Form von psychischer Existenz zuzuschreiben, liegt gar kein Grund vor. Zuverlässige Grundlagen besitzt nur die Annahme, daß allem Gedächtnis dauernde materielle Veränderungen und daß jeder Reproduktion, jedem Wiederauftauchen einer bis dahin latenten Gedächtnisspur irgendwelche Erregungsvorgänge innerhalb des Gehirns entsprechen. Es kann nur verwirren, wenn man für diesen Tatbestand eine so widerspruchsvolle Formel wie die des unbewußten Seelenlebens einführt.

Das gleiche gilt für gewisse Erfahrungen, die in diesem Zusammenhange regelmäßig angeführt zu werden pflegen. Wir erkennen einen Bekannten, vielleicht sogar obwohl wir seinen Gruß erwidert hatten, erst einige Zeit, nachdem er an uns vorübergegangen ist — wiederum, weil die materiellen Spuren, die sein in unserem Auge entworfenes Gesichtsbild in der Hirnrinde ausgelöst hatte, den Reiz selbst überdauern. Noch häufiger aber erkennen wir den Freund gleich und wissen nur deshalb nachher nichts davon, weil diese Vorstellung zu flüchtig und unscharf aufgetaucht war, als daß sie im Gedächtnis hätte haften können. Von den zahllosen Eindrücken, die tagaus, tagein an unser Bewußtsein herantreten, vergessen wir die Mehrzahl, und eigene Stimmungen und Handlungen erscheinen uns zuweilen deshalb unverständlich, weil uns die psychischen Vorgänge, die sie eingeleitet hatten, inzwischen entfallen sind. Das ist vielleicht der häufigste Anlaß, der der Lehre vom „unbewußten Seelenleben" Anhänger zuführt.

Eng damit zusammen hängt etwas anderes. Nicht selten erscheinen Gedanken bloß nach außen als unbewußt, die in Wirklichkeit verschwiegen oder, wie man heute lieber sagt, verdrängt worden sind. Jeder denkt zuweilen etwas, dessen er sich schämt, und es gehört viel Selbsterziehung dazu, um mit der allgemein menschlichen Neigung, sich selbst und andere über seine wirklichen Motive zu täuschen, endgültig fertig zu werden. Sicherlich besäße die Lehre vom unbewußten seelischen Geschehen weniger Kredit, wenn die Menschen ehrlicher gegen sich wären, und wenn diese Unehrlichkeit nicht durch gewisse Eigentümlichkeiten des Denkvorganges und des Gedächtnisses noch unterstützt würde. Da wir nicht immer (vgl. S. 101) in Worten denken, so haben wir eine bequeme und viel benutzte Gelegenheit, peinliche Gedanken vor uns selbst „unausgesprochen" zu lassen, um uns dann um so leichter einreden zu können, wir hätten sie überhaupt nicht gedacht. Und Gedanken, die wir nicht denken wollen und deshalb immer wieder ablehnen, vergessen wir leicht, auch wenn sie schon einmal sprachlich formuliert gewesen sind.

Aber das ist zuzugeben, daß verdrängte oder sonst aus irgend einem Grunde nicht mehr klar bewußte und nicht in Worte gekleidete Gedanken auf den Inhalt der übrigen Gedanken fortwirken können. In vielen Fällen (vgl. den Abschnitt Gedankengang) werden wir dabei auf jede psychologische Erklärung verzichten und nur an physiologische Verhältnisse denken müssen, die unserem Verständnis entzogen sind. Zuweilen aber beruht diese Wirkung auf dem Gefühlsrest, den ein auch nur kurz gedachter und dann untergetauchter Gedanke sehr häufig hinterläßt. Wir wissen ja, daß Stimmungen den Gedankengang beeinflussen. Auch daß in dem alten Kampf zwischen Glauben und Wissen gewöhnlich der Glaube die Oberhand behält, gehört in gewissem Sinne hierher: man kann seine Sätze aus logischen Gründen immer wieder ablehnen und so ehrlich meinen, nur diese zu denken, — wenn es ans Handeln geht, siegt doch der Glaube, weil seinen Gründen eine Gefühlsstärke eigen ist, die dem Grad ihrer Bewußtheit durchaus nicht zu entsprechen braucht.

Wenn wir somit die Aufstellung eines unbewußten Seelenlebens nicht nur für unbegründet und zwecklos, sondern für irreführend und gefährlich halten, so soll damit nicht bestritten werden, daß die Lösung des Bewußtseinproblems, sofern sie überhaupt je gelingen könnte, an dem Punkt gesucht werden müßte, an dem sich physisches und psychisches Geschehen berühren. Eben deshalb sind unsere Aussichten, in dieser Frage über gewisse tatsächliche Feststellungen auf der einen und recht unbestimmte allgemeine Betrachtungen auf der anderen Seite hinauszugelangen, nicht groß. Warum manche zerebrale Zustände gesetzmäßig Veränderungen unseres Bewußtseins herbeiführen, wissen wir nicht und wir ahnen nicht einmal, weshalb uns unser Gehirn jetzt klar

und scharf und ein anderes Mal undeutlich und ungenau wahrnehmen und denken läßt. Aber es ist kein Zufall, daß jede Analyse von Vorgängen, die ein unbewußtes psychisches Geschehen zu beweisen scheinen, schließlich bei der Frage endet, wie und unter welchen Bedingungen latente Gedächtnisspuren zu Vorstellungen und wie psychische Erlebnisse zu latenten, d. h. also zu unbewußten Gedächtnisdispositionen werden. Ob wir das Wesen und die Bedingungen des Gedächtnisses, des geordneten Gedankenganges oder der automatisch gewordenen Handlungen untersuchen, stets stellt sich heraus, daß gewisse Leistungen der Psyche aus dem Physischen herauswachsen, ohne daß wir die Anfänge ihrer Entstehung verfolgen könnten.

Erwägungen dieser Art besitzen mehr praktische Bedeutung, als es zunächst scheint. Wer sie nicht anstellt, ist in der Gefahr, mit juristischen (und ärztlichen) Laien in den Erscheinungen jeder Bewußtseinstrübung entweder ein bloß automatisches Handeln ohne jeden psychischen Begleitprozeß [1]) oder aber das Wirken eines selbständigen Unterbewußtseins zu sehen, das nach Ausschaltung des Oberbewußtseins an dessen Stelle getreten ist. Nur darum wollen ja die Richter an eine Bewußtseinstrübung nicht mehr glauben, sobald bei dem Kranken irgend eine Erinnerung nachgewiesen wird, die er entweder aus dem gesunden Leben ins kranke oder umgekehrt aus der pathologischen Episode in die normale herübergenommen hat. In Wirklichkeit kann zwar jedes Bewußtsein vorübergehend erlöschen, wo wir aber — auch innerhalb von Dämmerzuständen etc. — auf psychische Leistungen stoßen, gehören sie dem Bewußtsein an, dem einzigen Bewußtsein, das der Mensch besitzt, dessen Helligkeit jedoch verschieden stark und verschieden verteilt sein kann. Gewiß birgt dieses Bewußtsein viele Rätsel in sich, aber die instinktive Scheu, die vor der psychologischen Analyse jeder Bewußtseinstrübung Halt macht, ist doch nicht gerechtfertigt. Besonders auf dem Gebiet der Hysterie liegt vieles einfacher, als es dem erscheinen muß, der hinter der einen greifbaren Psyche noch eine zweite, verborgene voraussetzt.

Formen der Bewußtseinsstörung.

Manche Forscher haben aus den eben erörterten Schwierigkeiten die Folgerung gezogen, nicht bloß von einem Unterbewußtsein, sondern auch von Helligkeitsgraden des Bewußtseins, von Bewußtseinstrübungen und dergleichen nicht mehr zu sprechen. Das scheint uns nicht richtig zu sein. Nicht alle Probleme werden dadurch einfacher, daß wir den Begriff der Bewußtseinstrübung in Störungen des Wahrnehmens, Erinnerns, Denkens und Handelns auflösen. Auch die Namen Aufmerksamkeit, Auffassung, Gedächtnis und Denken decken psychologische Tatbestände, die uns an einem gewissen Punkte der Untersuchung eben deshalb zwischen den Händen zerrinnen, weil ihre letzten Entstehungsbedingungen in der unserer Erkenntnis entzogenen physiologischen Werkstätte des Gehirns gesucht werden müssen.

Außerdem sind wir bei dem Zerlegen eines Syndroms in allzuviele Elementarsymptome immer in der Gefahr, das Eigentümliche und Wesentliche des Zustandsbildes über den Einzelheiten, aus denen es sich zusammensetzt, zu übersehen. Auch die sorgfältige Aufzählung aller für uns faßbaren Merkmale der Schlaftrunkenheit, des Fiebers oder des Alkoholdelirs wird uns den Eindruck dieser eigentümlichen Bewußtseinszustände allein nicht vermitteln; es bleibt

[1]) Auch dieser Laienirrtum ist wie die meisten ein Überbleibsel überwundener ärztlicher Anschauungen. Noch Samt, der Begründer der Lehre von den epileptischen Äquivalenten, leugnete jedes psychische Geschehen während eines epileptischen Dämmerzustandes.



immer noch ein gewisses Etwas übrig, durch das alle diese Einzelzüge erst ihre Bedeutung erlangen. Wer aber je bewußtseinsgetrübte Menschen beobachtet hat, wird ihr Verhalten in den Worten verwirrt, benommen, ratlos etc. sofort wiedererkennen.

So müssen wir jedenfalls den Versuch machen, die Begriffe der Bewußtseinstrübung und -störung, so gut es geht, abzugrenzen. Die größte Schwierigkeit dabei ist die, daß das, was in dem einen Falle das Bild beherrscht — wie die Sinnestäuschungen z. B. —, in einem andern ganz fehlen kann. Es müßten also zunächst alle diese Zutaten abgestreift werden, um die wesentlichsten Züge möglichst rein zu erhalten. Sobald wir das aber versuchen, stellt sich heraus, daß es überhaupt nicht eine Bewußtseinsstörung schlechthin gibt, sondern mehrere Formen, die sich zwar häufiger vermischen, als sie rein vorkommen, die aber im Prinzip so verschieden sind, daß eine Schilderung, die sie von vornherein zusammenfaßt, notwendig unklar und falsch ausfallen muß.

Wir stellen als Typen das benommene, das traumhafte (deliriöse) und das bloß eingeengte Bewußtsein gegenüber.

Benommenheit.

Die einfachste und durchsichtigste Form der Bewußtseinsstörung ist die des benommenen Denkens, die uns aus manchen eigenen Zuständen unmittelbar vor dem Einschlafen oder Erwachen geläufig ist. Der Zustrom der Gedanken versiegt; nur einzelne Vorstellungen haften im Bewußtsein, ohne doch ganz deutlich zu werden. Von manchen Gedanken werden nur Fragmente bewußt, und diese verbinden sich mit anderen, die zu ihnen gar keine Beziehungen haben (Inkohärenz). Dadurch wird das Denken nicht bloß dürftig, sondern zugleich unklar. Beziehungen zwischen neuen Erlebnissen und alten Vorstellungen werden schwer oder gar nicht hergestellt, und so wird das Urteil über die eigene Situation verschwommen und unsicher. Die Aufmerksamkeit ist schwer zu erwecken und noch schwerer festzuhalten. Es bedarf stärkerer Reize als im Wachen, damit Empfindungen auftreten und Vorstellungen angeregt werden. Werden Außenreize überhaupt beantwortet, so doch nach längerer Reaktionszeit. Und schließlich: Gedanken und Vorstellungen, die in solchen Zeiten auftauchen, werden schwer oder gar nicht behalten und oft sind sie, wenn wir plötzlich aufwachen, völlig aus unserem Bewußtsein gelöscht.

So hätten wir eine Erschwerung der Auffassung, eine Erhöhung der Reizschwelle für Empfindungen, eine eigentümliche Veränderung des Denkens und eine Störung der Merkfähigkeit als die wichtigsten Symptome dieser Form von Bewußtseinstrübung herausgehoben. Man kann das alles auf eine einfachere Formel bringen, wenn man mit Liepmann feststellt, daß das Latente weniger leicht manifest und das Manifeste weniger leicht latent wird. Oder anders ausgedrückt, die Bewußtseinsschwelle ist verändert, und zwar nach beiden Seiten: das Physische wird schwerer zum Seelischen, das Psychische setzt sich weniger leicht in physiologische Dauerveränderungen um.

Die Störung tritt in verschiedenen Graden auf, die über die bloße Schwerbesinnlichkeit zur Schläfrigkeit und schließlich zum Koma hinüber führen. Bei diesem ist alles erschwert, das Wahrnehmen, das Aufmerken, das Denken,

das Handeln und das Behalten; selbst Gefühle klingen nur dumpf an, und von einer ausgesprochenen Stimmung kann man kaum reden. Ehe ein wirkliches Koma erreicht ist, bemerken die Kranken die Verschiebung der Bewußtseinsschwelle selbst; sie klagen darüber, daß sie nicht denken können, und zeigen in ihrem ratlosen Gesichtsausdruck, daß es ihnen nicht gelingt, sich zu konzentrieren. — Da neue Vorstellungen schwer auftauchen, sehen wir bei diesen Zuständen die einmal bewußt gewesenen besonders fest haften (perseverieren).

Traumhaftes Bewußtsein.

Die zweite Form der Bewußtseinsstörung — die des traumhaften Bewußtseins — steht der ersten in mancher Hinsicht nahe, unterscheidet sich aber von ihr doch durch wesentliche Merkmale. So ist schon im normalen Traum das Auftauchen mancher Vorstellungen erleichtert und nicht erschwert, und doch ist das Denken gegenüber dem Wachen vollkommen verändert. Die Rangordnung der gleichzeitig erlebten Bewußtseinsinhalte scheint aufgehoben zu sein; es ist, als wenn alle Vorstellungen gleich viele Rechte besäßen, sie folgen einander ohne Regel und ohne den Zusammenhang des geordneten Denkens. Schon früher (S. 115) wurde erwähnt, daß ähnliche Störungen (Andeutungen von „Inkohärenz" also) nach starker geistiger Anstrengung am Schreibtisch auftreten. Mit dem Traum ist ihnen das gemeinsam, daß sich keine Vorstellung ganz deutlich aus dem Blickfelde heraushebt, und daß heterogene Elemente, weil sie gleichzeitig und mit gleicher Intensität bewußt werden, zu unsinnigen Bildungen verschmelzen (vgl. S. 145). Dadurch kommen Trugschlüsse zustande, und phantastische Erlebnisse werden ohne Kritik hingenommen. Wie bei der ersten Form der Bewußtseinsstörung (Benommenheit), stehen uns auch hier sonst geläufige und fest verankerte Erinnerungen nicht zur Verfügung. Längst verstorbene Personen treten uns als lebend entgegen, und ganze Jahre unseres Lebens sind ausgelöscht. Viele Widersprüche des Denkens im Traum erklären sich dadurch, daß gewisse Erinnerungen nicht auftauchen, die ein notwendiges Glied in der Kette der übrigen Vorstellungen gebildet hätten. Aber dafür werden andere über die Bewußtseinsschwelle gehoben, die das geordnete Denken in solchem Zusammenhange niemals zugelassen haben würde, und es fallen uns Dinge ein, nach denen wir bei Tage umsonst gesucht hatten.

Hier ist es also nicht richtig, daß alles Latente schwerer manifest wird. Auch haftet dies und das, und manche Träume behalten wir sehr gut. Das Manifeste kann also auch latent werden, das psychische Geschehen materielle Gedächtnisspuren zurücklassen. Die Bewußtseinsschwelle ist nicht einfach erhöht, sondern ganz unregelmäßig verändert. Man kann nicht einmal sagen, daß nur ein Teil des Bewußtseins ausgeschaltet ist, während ein anderer wach bleibt; denn jede überhaupt mögliche Erinnerung kann flott werden, eine Zeit lang — wie in manchen Fieberträumen — immer wiederkehren und dann doch untertauchen. Nur geschieht das ohne jede Regel, hier reißen Gedankenfäden ganz ab, dort werden neue unvermittelt angeknüpft, und charakteristisch ist gerade die Anarchie, die Zusammenhanglosigkeit des Denkens, wie wir sie (bei klarem Bewußtsein) selbst unter verblödeten Kranken nur bei der Schizophrenie wiederfinden.

Patienten, die an dieser Form von Bewußtseinsstörung leiden, haben häufig subjektiv das Gefühl, nicht schwerer, sondern leichter zu denken; sie empfinden aber die verwirrende Fülle der auf sie einstürmenden Vorstellungen zumeist als unangenehm und quälend. Eine Patientin Kraepelins sprach in diesem Zusammenhange von einer „wahren Hunnenschlacht des Geistes", und eine meiner Kranken, die unausgesetzt vor sich hinflüsterte, meinte: „Das Wort muß immer in Bewegung sein mit hundert Tönen und Worten."

Dabei ist wieder nicht bloß die Aufmerksamkeit herabgesetzt, sondern auch die Reizschwelle für Empfindungen fast immer erhöht. Ein Unterschied der bloßen Benommenheit gegenüber besteht aber auch in dieser Beziehung: dringen Außenreize überhaupt über die Bewußtseinsschwelle, so geben sie fast immer zu inkohärenten Gedankenverbindungen Anlaß und lösen zumeist auch Illusionen aus. Das Tapetenmuster wird zu sich bewegenden Fratzen, Teufeln, Tieren, ein Türschlagen zu Kanonenschüssen etc. Damit verwandt ist offenbar die wieder schon aus dem normalen Traum geläufige Tatsache, daß auch frei steigende Vorstellungen dazu neigen, sich in sinnliche Erinnerungsbilder umzusetzen, die bei dem Fehlen der Kritik naturgemäß leicht bunte und phantastische Gestalten annehmen. Fast immer handelt es sich dabei um optische Sinnestäuschungen. Gehört wird schon im normalen Traum nur dann, wenn ein äußerer Reiz illusionär verkannt wird, und bei krankhaften Bewußtseinszuständen beweisen akustische Sinnestäuschungen fast mit Sicherheit, daß die eigentliche Trübung des Bewußtseins nicht sehr erheblich ist. Als Beispiel mag das verschiedene Verhalten des Alkoholdelirs (mit vorwiegend optischen) und der Alkoholhalluzinose (mit akustischen Sinnestäuschungen) dienen.

Auch die Affekte verhalten sich anders als bei der Benommenheit, bei der sie ebenso darnieder liegen wie das Denken; hier kommen und gehen sie mit den Vorstellungen, schwellen rasch an, um ebenso schnell zu wechseln.

Eingeengtes Bewußtsein.

Schließlich gibt es noch eine dritte Form veränderten Bewußtseins, die schon C. Westphal wie folgt beschrieben hat: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derartig tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen, auf Grund dessen und der damit verbundenen Gefühls- und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalt seines Denkens vollkommen fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grad unter sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre."

Es handelt sich also im wesentlichen um eine Kontinuitätsunterbrechung des Bewußtseins, die sich auch in der nachfolgenden Amnesie kundtut, die aber mit groben Störungen des äußeren Verhaltens nicht verbunden zu sein braucht. Am deutlichsten zeigt sich das bei manchen Epileptikern daran, daß auch der Erfahrene einen solchen Ausnahmezustand während seines Bestehens nicht immer diagnostizieren kann, sondern den Ausgang und besonders das Verhalten der Erinnerung abwarten muß. Jedoch sind Fälle, in denen Zeichen einer Bewußtseinstrübung wirklich ganz fehlen, doch recht selten und jedenfalls lange nicht so häufig, wie man nach der belletristischen Behandlung des Problems

erwarten sollte. Wohl aber läßt sich diese Form der Bewußtseinsstörung mit experimenteller Reinheit in der Hypnose hervorrufen. Hier braucht, wenn der Experimentator es nicht wünscht, das Bewußtsein nicht traumhaft und auch nicht benommen zu sein, aber immer wird es gespalten in Komplexe, die wach bleiben, und andere, die schlafen und ausgeschaltet sind.

Das ist ja, wie wir sahen, beim traumhaften Bewußtsein in gewissem Sinne auch der Fall, aber doch mit dem wichtigen Unterschied, daß die Auswahl nicht nach bestimmten psychologischen, sondern nach uns unverständlichen physiologischen Gesichtspunkten erfolgt. Bildlich gesprochen könnte man die Hypnose mit der Ausschaltung einzelner Saiten in einem Musikinstrument, das traumhafte Bewußtsein dagegen mit dem Erfolg vergleichen, den der Wind oder irgend ein mechanischer Eingriff sonst hervorruft, der diese Saiten zufällig trifft. Zwischen abgerissenen Tönen kann auch hier einmal ein eigenartiger Akkord entstehen, aber die Regel wird das nicht sein.

Die Einengung des Bewußtseins, wie man sie in der Hypnose erreicht, ist übrigens nicht prinzipiell neu; der Vorgang besitzt Analogien in der Ekstase, d. h. in dem Verhalten der Menschen, die von einer gefühlsstarken Idee erfüllt, alles vergessen, Gefahren, moralische Bedenken, äußere Folgen ihrer Handlung, und die doch nichts außer acht lassen, was zur Verwirklichung der Idee selbst gehört. Er besitzt aber auch Beziehungen zum normalen Schlaf. Auch hier könnte man mit guten Gründen von einem bloßen Teilschlaf sprechen, der zwar die meisten Gebiete des psychischen Lebens mit einbezieht, einige jedoch frei läßt. Der Erwachsene beherrscht im Schlaf seine Blasenreflexe, regelt seine Lage im Bett und fällt nicht, wie kleine Kinder, heraus; ja er kann sich auf bestimmte Außenreize einstellen, so daß er sie jederzeit wahrnimmt. Bahnwärter, die bei irgendwelchen Signalen erwachen, Ärzte in Krankenhäusern, die auf gewisse Geräusche hin ohne weiteres aufstehen, aber auch die Mütter, die alles überhören, nur nicht das leiseste Wimmern ihres Kindes, gehören hierher. Von Ärzten kann man häufig erfahren, daß sie, des Nachts geweckt, schwierige und zweckmäßige Anordnungen gegeben, am nächsten Tage aber nichts davon gewußt haben. Mit Liepmann könnte man sagen: „das Latente ist manifest geworden, das während der Nacht Manifeste aber nicht latent."

Gerade diese letzte Erfahrung ist geeignet, uns manche pathologischen Erscheinungen einigermaßen verständlich zu machen. Offenbar haben wir hier einen Hirnzustand vor uns, der wohl zweckmäßige Überlegungen und folgerichtige Handlungen, nicht aber die Schaffung von Gedächtnisdispositionen zuläßt. Das ist für die Beurteilung mancher epileptischer Episoden z. B. theoretisch und praktisch gleich wichtig; denn es zeigt mit Sicherheit, daß ein äußerlich geordnetes Verhalten die völlige Intaktheit der physiologischen Voraussetzungen des Bewußtseins noch nicht beweist. Schon früher wurde die Beobachtung Heilbronners erwähnt, nach der in epileptischen Dämmerzuständen Merkfähigkeitsprüfungen mit Erfolg angestellt werden und nachher doch Amnesien bestehen können. Viel länger waren Erfahrungen wie die folgende bekannt: „Ein Epileptiker läuft von einem Gedanken besessen fort, kauft und bezahlt Petroleum, gießt es unter Vermeidung von Zeugen im Hause aus und zündet es an." (Liepmann). In diesen Fällen ist zuweilen die Amnesie das einzige

Kriterium für die Erkennung der Sonderstellung, die eine solche Bewußtseinsstrecke in der Kontinuität des gesamten psychischen Geschehens einnimmt [1]).

Klinik der Bewußtseinsstörungen.

Im Anschluß an diese mehr schematische Darstellung der drei grundsätzlich möglichen Formen veränderten Bewußtseins wäre es verlockend, eine allgemeine Symptomatologie der tatsächlich beobachteten krankhaften Bewußtseinszustände in dem Sinne zu versuchen, daß „der" Dämmerzustand, „das" Delir, „die" Amentia usf. zunächst einmal „rein", ohne Rücksicht auf die Krankheiten, bei denen sie angetroffen werden, dargestellt und dann erst Bemerkungen über ihr Vorkommen bei diesem oder jenem Leiden angefügt würden. Der Versuch ist heute aber so aussichtslos, daß wir auf ihn verzichten wollen. Es ist uns bisher nicht gelungen, aus der großen Menge der klinisch vorkommenden Zustandsbilder einzelne Typen wie den der Amentia so scharf herauszuschälen, daß die bloße Nennung des Wortes jede weitere Schilderung überflüssig machte. Im großen und ganzen verhalten sich die Bewußtseinstrübungen in dieser Beziehung ähnlich wie die verschiedenen Formen der Demenz. Wir diagnostizieren wohl eine paralytische, eine senile Demenz etc., aber wenn wir uns über die Kriterien dieser Diagnosen Rechenschaft geben, so liegen sie gewöhnlich nicht in der Eigenart der Verblödung allein, sondern ebenso in manchen, zum Teil körperlichen Begleitsymptomen der Grundkrankheit. (Heilbronner). Und doch ist es nicht möglich gewesen, „die" Demenz durch Abstreifung der speziellen Zutaten als ein allen diesen Krankheiten eigentümliches Syndrom herauszudifferenzieren. Ebenso hier: wollten wir den Dämmerzustand als solchen schildern, so würde diese Schilderung sehr farblos werden und von der Wirklichkeit so gut wie gar nichts wiedergeben. Die Annahme jedoch, daß jede Grundkrankheit ihren Dämmerzustand erzeugt, der bei anderen Leiden nicht vorkäme, trifft zum Schaden unseres diagnostischen Könnens leider auch nicht ganz zu. Immerhin werden wir mit der Darstellung ätiologisch zusammengehöriger, wirklicher Zustandsbilder noch am weitesten kommen; denn selbst Bemerkungen wie die, daß sich die Bewußtseinstrübung in körperlichen Symptomen, wie im Zittern der Hände, in einem abgerissenen Vorsichhinsprechen, einem automatenhaften Charakter der Bewegungen (Hoche), in taumelndem Gang, wirren Haaren, vernachlässigter Kleidung äußert, gelten ebenso wie Feststellungen über das Verhalten der Erinnerung weniger für einzelne Formen als für bestimmte Krankheiten.

Wir wollen uns deshalb an dieser Stelle mit wenigen allgemeinen Bemerkungen begnügen. Zustände bloßer Benommenheit — also im wesentlichen

[1]) Die Erfahrungen der Hypnose sind in dieser Hinsicht nicht eindeutig. Was hier vorkommt, ist im wesentlichen ein Kunstprodukt, dessen Lehren sich außer auf manche oben schon erwähnte Affekthandlungen nur noch auf gewisse hysterische Zustände anwenden lassen. Hier allerdings besteht eine weitgehende Analogie — z. B. auch darin, daß die Amnesie nicht auf hirnphysiologischen Verhältnissen, sondern lediglich auf der Idee, der Suggestion beruht, von allen erlebten Vorgängen nichts behalten zu haben. Wird diese Suggestion während der Hypnose nicht gegeben, so können die Erinnerungen erhalten bleiben, und erteilt sie der Hysterische sich nicht selbst, so erinnert er sich an seine „Dämmer"-zustände recht gut. Ja eine wirksame Gegensuggestion kann in beiden Fällen die scheinbare Amnesie restlos beseitigen.



reine Defektzustände — finden wir in Andeutungen in der normalen Erschöpfung und auf pathologischem Gebiete gesetzmäßig da, wo grobe Schädigungen (Tumor, Commotio, Apoplexie, Meningitis, Enzephalitis, manche Vergiftungen), die Leistungsfähigkeit des Gehirns geschwächt haben. Eine bloße Einengung kommt rein, außer in der Hypnose, nur bei Hysterischen vor; bei Epileptikern mischen sich wohl immer schon Elemente der Bewußtseinstrübung in das Bild.

Aus der großen und flüssigen Masse der Bewußtseinstrübungen aber können wir vielleicht drei Typen herausgreifen, um uns von ihnen aus zu orientieren: den epileptischen Dämmerzustand, das Alkoholdelir und die Amentia. Alle drei enthalten (z. B. in der Inkohärenz) gemeinsame Anteile, aber typische Fälle werden doch kaum verwechselt werden können. Wohl aber gibt es Übergänge: manche Fieberdelirien stehen symptomatologisch dem epileptischen Dämmerzustand sehr nahe, besitzen also, da sie ebenso fließend in Amentiabilder übergehen, Beziehungen nach beiden Seiten. Epileptiform sind aber auch viele Intoxikationsdelirien, und insbesondere die im Körper gebildeten Gifte der Eklampsie und der Urämie erzeugen Bilder, die sich von echt epileptischen symptomatologisch ebensowenig unterscheiden lassen wie vom epileptischen der urämische bzw. eklamptische Anfall.

Es läge danach nahe, auch hier zwischen exogen und endogen in dem Sinne zu unterscheiden, daß alle im Körper gebildeten Gifte — Infektionen und Autointoxikationen — mit der Epilepsie in eine Linie und dieser großen Gruppe die durch äußere Gifte und durch Traumen verursachten Dämmerzustände gegenübergestellt würden. Das wäre namentlich deshalb verlockend, weil die Äquivalente der Epilepsie selbst ja mit Grund ebenfalls als endotoxisch bedingt angesehen werden. Es ist auch möglich, daß die spätere Entwicklung ähnliche Wege gehen wird. Heute sind wir aber, wie die folgende Darstellung zeigen wird, noch nicht soweit; denn auch auf unzweifelhaft und in jedem Sinne exogene Ursachen sehen wir Zustände folgen, die wir von den epileptischen bisher nicht zuverlässig zu unterscheiden vermögen. Der epileptische Anfall selbst, der ja z. B. auch das Alkoholdelir häufig begleitet, würde darin freilich noch am wenigsten beweisen, weil er sowohl auf mechanischem wie auf chemischem Wege ausgelöst werden kann, aber leider kommt dieselbe Vieldeutigkeit auch manchen psychischen Zuständen zu, die wir ebensowohl bei der Epilepsie, bei Infektionen und Selbstvergiftungen wie nach exogenen Intoxikationen, Hirntraumen u. dgl. antreffen.

Epileptische Bewußtseinsstörungen.

Indem wir nunmehr in die Besprechung der einzelnen Krankheiten eintreten, wollen wir entsprechend ihrer klinischen und theoretischen Bedeutung mit den epileptischen Bewußtseinsstörungen beginnen.

Aura.

Auf den eigentlichen klassischen epileptischen Anfall kann an dieser Stelle nicht eingegangen, dagegen sollen die Auraerscheinungen, die ihn verhältnismäßig oft einleiten, kurz erörtert werden; denn sie sind wohl immer schon mit einer Bewußtseinstrübung verbunden. Man kann eine moto-

rische, sensible und sensorische, eine vasomotorische und eine psychische Aura unterscheiden. Dem großen Krampf gehen gelegentlich kurz dauernde klonische oder tonische Kontraktionen bestimmter Muskelgruppen im Gebiete des Fazialis oder der Hand z. B. voraus, oder es werden komplizierte Bewegungen von automatischem Charakter ausgeführt, oder die Kranken gähnen, hüsteln, niesen, schmatzen jedesmal vorher. Die sensible Aura tritt am häufigsten in Form von Parästhesien an den Extremitäten, seltener in Gestalt von Kopfschmerzen, Sensationen am Herzen u. dgl. auf. Sie verbindet sich gelegentlich mit der vasomotorischen Aura, die auf einer Gefäßerweiterung oder -Verengerung beruht und in plötzlichem Blaß- oder Rotwerden des Gesichts oder in Schweißausbrüchen besteht. Verhältnismäßig häufig sind sensorische Wahrnehmungssignale, bei denen die Kranken Funken oder Farben sehen, einen schrillen Pfiff hören, einen bestimmten Geschmack im Munde haben, plötzlich taub, blind, hemianopisch werden oder Mikropsie bzw. Makropsie bekommen. Oft tritt auch — in Verbindung mit einem der schon genannten Symptome oder isoliert — das Gefühl des Schwindels auf. Die psychische Aura geht insofern fließend in die sensorische über, als sie sich häufig in wenig differenzierten Halluzinationen erschöpft. Gelegentlich sehen die Kranken aber auch komplizierte Dinge, Fabeltiere, Blitze, Figuren, sich bewegende Menschen, schießende Flammen, fliegende Pfeile, sie hören Musikstücke, Beschimpfungen, göttliche Erleuchtungen etc. Einer meiner Kranken sieht regelmäßig „Gesichter ohne Augen, große Nasen und kleine Ohren", einem anderen erscheinen die Straßen wie „ausgehöhlt", tiefer und dann wieder höher, und die Häuser in falscher Proportion. Verhältnismäßig häufig ist schließlich die identifizierende Erinnerungsfälschung, oder es tauchen gewisse Erinnerungen jedesmal zwangsmäßig auf.

Petit mal. Absencen.

Wichtig ist nun, daß der Aura ein Krampf nicht immer zu folgen braucht, so daß wir in ihrem selbständigen Auftreten eine eigene kurze Form der epileptischen Bewußtseinsveränderung erblicken dürfen. Insofern deckt sich ein Teil der soeben besprochenen Erscheinungen mit gelegentlichen Formen der kleinen Anfälle (petit mal) bzw. der Absencen. Auch hierbei sind leichte motorische Erscheinungen am Kopfe und insbesondere am Fazialis, vasomotorische Symptome und Schwindelempfindungen häufig. Im übrigen besteht das Wesen der Absence lediglich in einer kurzen Unterbrechung der Kontinuität des Bewußtseins. Die Kranken werden im Augenblick blaß oder rot, lassen Messer und Gabel sinken, unterbrechen sich mitten im Satz, geben beim Kartenspielen die Karten nicht, und in der nächsten Sekunde ist alles vorüber — häufig ohne daß der Patient selbst von der Veränderung irgend etwas bemerkt hat. In schweren Fällen lassen die Patienten Gegenstände aus der Hand fallen, fühlen sich matt oder schwach, beginnen zu zittern, neigen sich nach einer Seite oder sinken zusammen, sie fangen an zu stottern, versprechen sich, liefern wohl auch eine echte paraphasische Reaktion oder finden überhaupt keine Worte; dabei empfinden sie gelegentlich die Veränderung ihres Bewußtseins und fragen: „wo bin ich? was ist denn mit mir?" etc. Nach den Anfällen bemerken sie natürlich schon an dem Verhalten ihrer Umgebung und an der Situation, in der sie sich befinden, daß etwas mit ihnen gewesen ist, und es

stellt sich dann gewöhnlich heraus, daß gerade für diese kurzen petit mal-Anfälle absolute Amnesie besteht. Sehr eigentümlich äußert sich das in den seltenen Fällen, in denen sich die ganze Störung überhaupt nur in einer Kontinuitätstrennung des Bewußtseins erschöpft. So habe ich jahrelang einen Herrn behandelt, bei dem man während der Absence zumeist gar nicht feststellen konnte, ob sein Bewußtsein normal oder verändert war; er unterhielt sich wie immer, um plötzlich abzubrechen und den Arzt erstaunt zu fragen: „Ja seit wann sind Sie schon hier? Habe ich wieder einen Anfall gehabt?" Trat die Absence dagegen in Gegenwart des Arztes ein, so fiel dieses Erstaunen charakteristischerweise fort; der Kranke wechselte einfach mitten im Satz das Thema, erkannte den Arzt aber während der Bewußtseinstrübung weiter. Derselbe Patient hatte übrigens auch Zustände, in denen er für ein oder zwei Minuten vollkommen desorientiert war.

Diese petit mal-Anfälle gehen nun ohne scharfe Grenze in die länger dauernden epileptischen Bewußtseinstrübungen einschließlich der epileptischen Psychosen über. Man hat diese länger dauernden Störungen nach verschiedenen Gesichtspunkten in Verwirrtheits-, stuporöse und delirante Zustände, in prä- und postepileptische Dämmerzustände bzw. in epileptische Äquivalente einzuteilen gesucht. In Wahrheit wird keine dieser Trennungen allen klinisch vorkommenden Fällen gerecht. Am meisten Aussicht auf Erfolg würde noch der Versuch haben, sie nach dem Grade der Verwirrtheit des Kranken zu ordnen, wobei dann das eine Extrem die Fälle darstellen würden, in denen nicht von einer eigentlichen Trübung, sondern nur von einer Einengung des Bewußtseins gesprochen werden kann.

Verstimmungen.

Mit diesen Störungen, die im wesentlichen mit dem Begriff der epileptischen Verstimmungen zusammenfallen, wollen wir beginnen und dabei an die kurze Skizze erinnern, die wir schon bei Erörterung der krankhaften Gemütszustände auf S. 217 gegeben haben. Eine eigentliche Bewußtseinstrübung liegt entweder nicht vor oder ist doch schwer nachzuweisen. Dagegen ist die innere Unruhe und Spannung oft so groß, daß die Kranken schwer zu fixieren sind und deshalb, wenn nicht verwirrt, so doch präokkupiert oder mäßig benommen erscheinen. Fast immer handelt es sich um traurige, ängstliche Verstimmungen, die sich gelegentlich an einen äußeren Anlaß anschließen und gewöhnlich durch Reizbarkeit, Empfindlichkeit und paranoide Auffassungen noch besonders gefärbt werden. Die Patienten fühlen sich müde und abgeschlagen, äußern einzelne (gewöhnlich in denselben Fällen regelmäßig wiederkehrende) hypochondrische oder paranoide Klagen, „der Urin ist trüb, der Magen ist krank, das Herz steht still"; sie beziehen harmlose Bemerkungen auf sich, erklären, sie seien das fünfte Rad am Wagen, gerade sie würden immer zurückgesetzt und schlecht behandelt, von den andern als „das Übel" betrachtet, von dem alles Unheil käme, sie sollten ein Staatsverbrechen begangen haben, auf dem Todesstrafe stünde; sie wüßten schon, was man mit ihnen vorhabe, „es sei doch sonderbar, daß an der Bettstelle zwischen den Spiralfedern Querverbindungen aus Draht seien, und daß soeben gerade an diesem Bett ein Pfleger mit einem Bohner-

besen vorbeigegangen sei". Alle Anwesenden zeigen höhnische Gesichter, der Oberpfleger lacht den Kranken aus, es sei etwas im Werke, „wahrscheinlich hängt das mit der Zahnlücke zusammen, die ich seit einigen Wochen habe", usf.

Zuweilen unterstützen vereinzelte Sinnestäuschungen diese Auffassungen. Einer meiner Kranken sprang des Abends, als alles schwieg, plötzlich aus dem Bett: er könne sich das nicht länger gefallen lassen, daß man ihn hier „Lump" schimpfe, er wolle gern sterben, wenn die Direktion das für notwendig hielte, aber dann auf ordnungsgemäße Weise mit Gift oder elektrischen Strömen; so halte er es nicht länger aus, da müsse er selbst ein Ende machen, mit dem Kopf gegen die Wand gehen oder sich zu Tode onanieren. Das Benehmen der Kranken in diesen Zuständen ist gewöhnlich schroff ablehnend, gespannt, geladen; sie ziehen sich von aller Welt zurück und erwidern jeden Annäherungsversuch mit morosen, unfreundlichen Antworten oder brüskem Davongehen; gelegentlich machen sie aber auch Unterschiede zwischen den einzelnen Personen und fassen zu einer Vertrauen, während sie andere ablehnen. Bei unzweckmäßigem Verhalten der Umgebung geraten sie zumeist in heftigste Wut. In anderen Fällen beherrscht die Angst allein das Bild. Die Patienten äußern lebhafte Versündigungsideen, haben Gott gelästert, gegen das vierte Gebot gesündigt, und sie zeigen oft eine sehr aktive Selbstmordneigung, für die sie gelegentlich eine innere Stimme verantwortlich machen.

Eine heitere Verstimmung ist, wie gesagt, selten, kommt aber zweifellos vor, und kann dann dem Bild der Manie ähnlich werden. Auch hier finden wir gehobene Stimmung, Unternehmungslust, starke motorische Unruhe und wie namentlich Heilbronner gezeigt hat, ausnahmsweise sogar Ideenflucht. Häufiger sind freilich inkohärente Reaktionen, wie überhaupt bei diesen heiteren Verstimmungen das Bewußtsein stärker getrübt zu sein pflegt. In den Äußerungen der Kranken überwiegen dann fast immer religiöse Vorstellungen, sie beten laut und viel, fühlen sich von Gott erleuchtet usf. Einer unserer Patienten erklärt regelmäßig, seine Hände sähen aus wie die von Christus. Die motorische Unruhe führt auch hier gelegentlich zu plötzlichen Entladungen, die nicht ganz selten die Gestalt von sexuellen Exzessen annehmen. Dabei braucht die Art der Betätigung dem durchschnittlichen geschlechtlichen Empfinden des Kranken nicht zu entsprechen; man sieht verhältnismäßig häufig päderastische Akte, Angriffe auf alte Frauen oder Kinder usf.

Begleitet werden die Verstimmungen nicht selten von körperlichen Erscheinungen wie Mikropsie, Makropsie, vasomotorischen Symptomen u. dgl.

Die epileptische Verstimmung dauert gewöhnlich ein bis zwei Tage, sie kann aber ausnahmsweise schon nach wenigen Stunden ebenso plötzlich verschwinden, wie sie gekommen war, und sie kann endlich (in allerdings recht seltenen Fällen) auch ein paar Wochen andauern und dann unter Umständen das Bild der Angstmelancholie oder das eines akuten paranoiden Zustandes vortäuschen. Zuweilen werden einzelne wahnhafte Auffassungen aus den Verstimmungen in das durchschnittliche Bewußtsein des Epileptikers herübergenommen, wodurch natürlich die Abgrenzung des Ausnahmezustandes erschwert wird.

Im Anschluß an die Verstimmungen mögen jetzt zunächst Zustände besprochen werden, die als Fugues, Poriomanie und Dipsomanie unter

den verschiedensten Gesichtspunkten beschrieben worden sind und die alle innige psychologische Beziehungen zu den Verstimmungen besitzen.

Fugues. Poriomanie. Dipsomanie.

Die Fugues, das plötzliche Davonlaufen, hat man mit den motorischen Reizzuständen in Verbindung bringen wollen, die, wie gesagt, dem eigentlichen klassischen Anfall vorangehen, das petit mal begleiten oder aber auch dem epileptischen Anfall folgen können. Der Zusammenhang wird sich nicht bestreiten lassen; denn die motorische Erregung in den Fugueszuständen hat in der Tat häufig etwas ganz Elementares. Stärker drängt sich aber gerade hier die psychologische Beziehung auf, die zwischen dem Davonlaufen und der epileptischen Verstimmung, der ängstlichen, unruhigen inneren Spannung besteht. Diese treibt die Kranken davon, läßt sie plötzlich fortgehen, wandern und reisen. Auch hier kann sich die Verstimmung an einen äußeren Anlaß anschließen, sie tritt aber öfter spontan auf und bedingt dann die häufige anamnestische Angabe, der Kranke habe unverhältnismäßig oft seine Stelle gewechselt, nirgends ausgehalten usf. — Nur ganz ausnahmsweise fehlt übrigens in poriomanischen Episoden die Benommenheit und Verwirrtheit so sehr, daß die Kranken während ihrer Reise von Laien und Ärzten für gesund gehalten werden. Solche Fälle sind bei der Epilepsie (im Gegensatz zur Hysterie! s. u.) viel seltener, als man nach dem Echo, das ihre wissenschaftliche Behandlung in der belletristischen Literatur gefunden hat, wohl annehmen könnte. Zumeist tritt eine Veränderung der Persönlichkeit wenigstens insofern hervor, als die Kranken den Eindruck der leichten Angetrunkenheit, der Zerfahrenheit etc. machen und als sie selbst das Gefühl haben, getrieben zu werden, nicht frei zu sein und nicht mehr so denken zu können wie früher. Sehr eigentümlich ist, daß die Kranken nach Zusammenstößen mit andern, nach einer Vernehmung auf der Behörde etc. gelegentlich plötzlich aufwachen.

Übrigens möchte ich mich Heilbronner und anderen in der Überzeugung anschließen, daß die Mehrzahl der Fälle von Poriomanie mit Epilepsie nichts zu tun hat, und daß namentlich das Davonlaufen der Kinder viel innigere Beziehungen zur Imbezillität, Psychopathie, Affektepilepsie und Hysterie besitzt. Leider kennen wir aber zuverlässige Kriterien zur Unterscheidung der epileptischen und der nicht epileptischen Formen noch nicht, und das gilt nicht bloß für die Poriomanie, sondern ganz allgemein für alle hier geschilderten Verstimmungen. Insbesondere der Nachweis, daß sie sich an einen äußeren Anlaß angeschlossen haben, darf, wie gesagt, nicht ohne weiteres gegen Epilepsie ausgespielt werden, ebenso wie die Erinnerung nach epileptischen Episoden leidlich erhalten (vergl. unten) und nach psychopathischen, affektepileptischen oder hysterischen aufgehoben sein kann. Charakteristischer ist gelegentlich das Verhalten im Anfalle selbst, das bei der Epilepsie neben dem morosen, gereizten und leicht explosiven Wesen noch einen eigentümlich zwangsmäßigen Charakter trägt. Auch am Ende einer poriomanischen Periode muß man mit plötzlichen impulsiven Handlungen, Gewalttaten und dergl. immer noch rechnen.

Ganz ähnliche Erwägungen gelten für die dipsomanischen Zustände, die den poriomanischen so nahe verwandt sind, daß man im Einzelfall zuweilen

den einen Namen ebensogut anwenden könnte wie den anderen. Die Dipsomanie hat besonders Gaupp als ein rein epileptisches Symptom auffassen wollen. Der Autor kennzeichnet sie als das „anfallsweise Auftreten eigentümlicher Zustände, in welchen nach Vorausgehen einer gemütlichen Verstimmung der unwiderstehliche Trieb nach Genuß berauschender Getränke erscheint, zu heftigen Ausschweifungen treibt, mit einer leichteren oder tieferen Bewußtseinstrübung einhergeht oder zu einer solchen allmählich führt, bis nach wenigen Stunden oder Tagen, selten erst nach Monaten der Anfall von selbst sein Ende findet und nun nach Überwindung der Vergiftungserscheinungen einem mehr oder weniger gesunden Zustand Platz macht."

Gegen Gaupps Standpunkt hat u. a. Rieger scharf Front gemacht, der jede Beziehung zwischen Epilepsie und Dipsomanie leugnet. Die Wahrheit liegt wohl in der Mitte. Daß die Dipsomanie, die sich nicht selten mit andern spezifischen Äußerungen der epileptischen Bewußtseinstrübung, z. B. mit der Neigung zu brutalen, sexuellen Delikten, zum Brandlegen und dergl., verbindet, Ausfluß der epileptischen Gehirnanlage sein kann, erscheint mir nach persönlichen Erfahrungen unzweifelhaft. Fraglich ist nur, ob diese Fälle nicht sehr selten sind, und ob die, die Gaupp zu seiner Auffassung geführt haben, nicht zum großen Teil der Affektepilepsie, also einem Typus der Psychopathie, angehört haben. Verhältnismäßig oft wird übrigens die „Epilepsie" des Dipsomanen auch erst durch die Trunksucht erzeugt oder wenigstens in diese spezielle Bahn gedrängt. Sicherlich aber kommen rein dipsomanische Zustände auch bei Psychopathen ohne jede epileptische Komponente und insbesondere bei hysterischen Individuen vor, und zwar wieder namentlich dann, wenn diese ihre Widerstandskraft durch chronischen Alkoholmißbrauch weiter geschwächt haben.

Beispiel: Poriomanie. Klinische Diagnose zweifelhaft.

A. H., 18 Jahre alt.

Am 8. VII. (2 Tage nach seinem 18. Geburtstag) fuhr er wie immer mit seinem Fahrrad morgens ins Geschäft. Entsinne sich, daß er bis zur Universitätsbrücke gekommen ist. Dann weiß er erst wieder, daß er plötzlich am 17. Juli (also 9 Tage später) mittags 12 Uhr zu sich kam, wie er auf einer Bank in Anlagen saß. Als er sich erkundigte, erfuhr er, daß er in Würzburg sei. Sein Rad hatte er nicht mehr. Es war ihm, als sei er eben erst von Breslau weggefahren, hatte keine Ahnung, wie er nach W. gekommen sei, ob per Bahn, zu Fuß, zu Rad. Ging sofort auf Polizei und meldete sich. Hatte etwas Kopfschmerzen und fühlte sich schwach, sonst wohl.

Vorgeschichte:

Wenig krank. Gut gelernt (3 Jahre I. Klasse). Bisher nie Krämpfe. Ab und zu halbe Tage lang Kopfschmerzen (nichts von Stimmungsschwankungen). Bis 14. Lebensjahr Bettnässen.

Polizeibericht:

„Am 17. Juli nachmittags gegen 3 Uhr erschien auf der Polizeiwache ein junger Mann, zeigte eine auf den Namen A. H., Handlungsgehilfe aus Breslau, lautende Radfahrkarte vor und erklärte, daß er schon seit 8. Juli — zwei Tage nach seinem Geburtstage — Breslau verlassen habe und sich nicht erklären könne, wie er nach Würzburg gekommen sei.

Es sei ihm vollständig unbekannt, ob er den Weg von Breslau nach Würzburg per Fahrrad oder mit der Eisenbahn zurückgelegt habe, auch wisse er nicht, wo sich sein in Breslau mitgenommenes Fahrrad befinde.

Erst in Würzburg habe er nach seiner Taschenuhr, welche noch genau ging, gesehen und von diesem Moment an sei er wieder zum Bewußtsein gekommen; er müsse sich in der Zeit vom 8. bis 17. Juli in einem Traumzustande befunden haben.

Ob dieser Zustand vielleicht durch einen Sturz vom Fahrrad herrühre, konnte H. ebenfalls nicht angeben.

H., welcher sich angeblich etwas ermüdet fühlte, trank auf der Polizeihauptwache 1/4 Liter Wein und aß ein Weißbrot, worauf derselbe erklärte, er fühle sich wieder vollständig gesund und kräftig und würde, da er sich noch im Besitze von ca. 12 Mark Bargeld befinde, sofort die Rückreise nach seiner Heimat Breslau antreten".

Nach Mitteilung eines Freundes des H.: Er soll sonst nichts Auffallendes geboten haben, immer ordentlich gewesen sein.

Auch nach dem poriomanischen Zustand hat er sich wieder normal gefühlt und gearbeitet.

Er wurde im Beginn des Krieges eingezogen und ist gefallen.

Beispiel:

Epileptische Dipsomanie.

A. T., 45 Jahre alt, Epileptiker seit Pubertät. Starker Potator, bis er vor 5 Jahren Blaukreuzler wurde. Geht abends ruhig, unauffällig zu Bett, steht um 1/4 4 Uhr auf, ist gereizt, hastig, antwortet der Frau nicht, geht, ohne ein Wort zu sagen, fort (Frau benachrichtigt, weil Patient wiederholt ähnliche Zustände gehabt hat, sofort die Polizei). Patient geht zu 6—8 Bierhändlern der Stadt, bestellt bei jedem im Auftrage seines Schwagers, der angeblich Hochzeit machen wolle, eine große Menge Bier, läßt sich als Provision überall zwei Flaschen geben, trinkt sie aus, läuft dann in den Stadtwald, stürzt sich dort auf eine alte Frau, der es gelingt, sich loszumachen, und dann auf ein kleines Mädchen, das er vergewaltigt. Nach ein paar Stunden wird er tief schlafend gefunden und in die Klinik gebracht. Dort schwer besinnlich, inkohärent, nicht orientiert, gelegentlich paraphasisch antwortend, perseverierend; schläft 16 Stunden durch. Nachher klar, gereizt, ohne jede Erinnerung.

Epileptischer Stupor. Benommenheit. Delir.

Zum Wesen der meisten, wenn nicht aller epileptischen Verstimmungen gehört schon eine leichte Bewußtseinstrübung. Gewisse wahnhafte Auffassungen und manche inkohärente Gedankenverbindungen, die oben als Beispiel angeführt wurden, zeigen durchaus traumhaften Charakter, und auch Sinnestäuschungen kommen, wie wir sahen, in der Verstimmung vor. Insofern gehen epileptische Verstimmung und epileptisches Delir fließend ineinander über, und in manchen Fällen ist es eine Frage der Willkür, ob man einen Zustand so oder so bezeichnet. Wichtig ist dagegen die Feststellung, daß die Bewußtseinstrübung im epileptischen Ausnahmezustand alle überhaupt denkbaren Grade — von der leichten Umnebelung des Urteils in manchen Verstimmungen bis zur schweren Verworrenheit — durchmachen kann.

Einen extremen Fall von epileptischer Benommenheit haben wir im epileptischen Stupor vor uns, der sich zuweilen an Anfälle anschließt, aber häufig auch selbständig auftritt. Auffassung und Denken sind auf das Schwerste gestört; die Kranken sind schwerbesinnlich, zeigen einen ratlosen und zumeist etwas gespannten Gesichtsausdruck, sprechen spontan nicht, reagieren zwar verhältnismäßig gut auf Anruf, verstehen aber Fragen zumeist gar nicht oder doch erst nach drei- oder viermaliger Wiederholung; auch dann erfolgt gewöhnlich eine der Frage nicht adäquate Antwort. Vorgezeigte geläufige Gegenstände werden nicht richtig benannt, der eigene Name und das Alter nicht angegeben. Neben inkohärenten Gedankenverbindungen lassen sich häufig aphasische Reaktionen nachweisen, so daß, wenn die Anamnese fehlt, der Verdacht auf eine Embolie oder Blutung in die Sprachregion entstehen kann. Es kommt aber auch vor, daß die Form der Sprache völlig erhalten und nur der

Inhalt des Gesagten zusammenhanglos und verworren ist. So gut wie immer besteht deutliche Perseveration.

Besonders charakteristisch ist für diese Zustände der jähe Wechsel von geordneten und ungeordneten Antworten ebenso wie das bunte Durcheinander von zweckmäßigen und sinnentsprechenden und abrupten, verblüffenden Handlungen (Siemerling). Dem Unerfahrenen können diese Widersprüche geradezu den Eindruck der Simulation oder der Pseudodemenz erwecken; der Kundige wird gerade an dem Fehlen jedes Leitprinzips, das etwa zwischen richtigen und falschen Antworten auswählte, die schwere Gehirnschädigung wiedererkennen.

Was in den Kranken innerlich vorgeht, ist schwer zu sagen, weil ihnen nachher so gut wie immer jede Erinnerung an den Zustand fehlt. Einzelne Äußerungen lassen zuweilen auf verworrene, wahnhafte Auffassungen schließen. Das gleiche gilt für gelegentliche plötzliche Gewalttaten gegen die Umgebung sowie für das verhältnismäßig häufige Bild, in dem die Kranken in der Haltung eines verzückten, gläubigen Beters verharren. — Daß im epileptischen Stupor Flexibilitas cerea vorkommt, wurde früher erwähnt; der Anschein des Negativismus dagegen, der in manchen Fällen besteht, beruht wohl zumeist auf einer wahnhaft entstandenen feindseligen Ablehnung des Kranken gegen seine Umgebung. In der Aufhellung des Stupors sah Kraepelin zuweilen eine sehr große Suggestibilität, die erlaubte, den Kranken alles Mögliche einzureden. Gelegentlich wird übrigens ein sonst stuporöses Verhalten auch durch eine motorische Unruhe durchbrochen, die bis zur Jaktation gehen und dann ihrerseits den Verdacht der Katatonie nahelegen kann. So wälzte sich einer unserer Kranken stundenlang in der Badewanne und verbigerierte dabei, immer mit dem gleichen monotonen Tonfall und mit derselben starren Miene: „Absolut und auf alle Fälle, absolut und auf alle Fälle.“

Der epileptische Stupor, der ein bis zwei Wochen zu dauern pflegt, zeigt in dieser Zeit gewöhnlich gewisse unregelmäßige Schwankungen; die Bewußtseinstrübung scheint sich zu lösen, um dann wieder tiefer zu werden, bis sie schließlich endgültig verschwindet. Bei schon geschwächten Kranken kann sie aber auch — mit solchen Schwankungen — durch Monate fortbestehen, so daß dann die Feststellung des durchschnittlichen psychischen Verhaltens große Schwierigkeiten bereitet.

In den leichteren Fällen, in denen die Erschwerung des Denkens und die motorische Gebundenheit das Bild weniger beherrschen als bloße Auffassungsstörung und Inkohärenz, gelingt eine etwas weiter gehende psychologische Analyse der Kranken. Hier ist vor allem die Kombinationsfähigkeit, d. h. also die Fähigkeit zur gedanklichen Konzentration, verloren gegangen, während eingeschliffene Assoziationen noch gut zur Verfügung stehen. Raecke und Ziehen haben darauf hingewiesen, daß man die Störung durch Rechenaufgaben nachweisen kann. Die Kranken versagen schon bei verhältnismäßig leichten Multiplikationsaufgaben, während sie zusammenhängende Zahlenreihen hersagen und nachsprechen und die eingeschliffenen Resultate des Einmaleins gut wiedergeben können.

Mit dieser Umnebelung der höheren Bewußtseinsfunktionen hängt wohl das eigentümliche äußere Verhalten der Kranken zusammen. Sie verirren sich in altgewohnter Umgebung, defäzieren im Zimmer, benutzen das

Waschgefäß zum Trinken, zerreißen ihre Kleider u. s. f. Eine Patientin Kraepelins lief während des Mähens fort in den Bach, dabei immer noch die mechanische Bewegung des Mähens fortsetzend. Einer meiner Kranken stieg in jedem neuen Anfall auf das Fensterbrett und machte sich an den Gardinen zu schaffen, ein anderer räumte regelmäßig sein Bett aus, indem er anscheinend irgendetwas suchte; ein dritter erklärte fremden Leuten auf der Straße: „er könne regnen lassen." Auch in diesen Zuständen sind Brandstiftungen und exhibitionistische Akte häufig; zuweilen bezichtigen sich auch die Kranken zu Unrecht irgend eines Delikts. Die Bewegungen haben oft etwas Automatenhaftes, (vgl. die populäre „Mondsucht"), können aber auch an sich unauffällig bleiben. Spricht man die Patienten an, so erhält man wieder richtige und falsche Antworten regellos nebeneinander. Inkohärente und unsinnige Reaktionen („Das Alte alt, jetzt kommt erst das große D". [Raecke], „Rufen Sie mich nicht an, bete und arbeite" [Siemerling] stehen neben völlig geordneten Äußerungen.

Beispiel:

Epileptischer Stupor.
Ch., 45 Jahre.

Wie heißen Sie?	Nein, nein.
Wie ist Ihr Name?	Atmen soll ich? Ja, ja. (Patient war vorher körperlich untersucht worden.)
Heißen Sie Scholz?	Nein, nein, ich atme schon.
Wie alt sind Sie?	Ja, ja, aber ja.
Zeigen Sie Ihre Zunge!	Tut es.
Ihre Hand!	Desgleichen.
Die andere!	Desgleichen.
Schließen Sie die Augen!	Nein.
(Nach mehrfacher Aufforderung versteht er und folgt dem Befehl.)	
Geben Sie mir die Hand!	Nein, nein, ich atme schon tief.
Was ist das? (Uhr)	Nein, nein.
Auf eindringliche Fragen:	Uhr.
Was ist das? (Messer)	Tief atmen? Ja.
Was ist das?	Messer.
Was ist das? (Schlüssel)	Tief atmen?
Ist das ein Bleistift?	Ja, ja.
Ein Messer?	Ja, ja.
Ein Schlüssel?	Ja, ja. Tief atmen.
Wieviel Finger?	2. (Richtig).
Wieviel Finger?	Vier (Richtig.)
Wieviel jetzt? (5)	Ja, vier.
Wieviel ist 2 × 2?	Nein, nein.
Sind Sie Landwirt?	Nein, nein, nischt, bin garnischt.

Gibt sich offenbar Mühe aufzupassen und sich zu orientieren. Sieht sich ratlos um.

Beispiel:

Epileptische Bewußtseinstrübung.
Inkohärenz, Haften.

P. war am Tage vorher verstimmt geworden, drängte immer wieder zur Tür, sprach den Arzt an, er müsse fort, war gereizt, unwirsch. Heute morgen gab er an, er müsse gestern geträumt haben, vom Krieg, viel Feuer und Wasser. Daß er fort gedrängt hat, weiß er nicht.

„Wie geht es Ihnen?" „Ich muß fort, ich muß nach Hause, nach Doberan und Geld verdienen." „Was war mit Ihnen die letzten Tage?" „Krieg." „Seit wann ist Krieg?" „Der ist schon länger, ich muß fort nach Doberan und Geld verdienen." „Haben Sie jetzt vom Krieg geträumt?" „Ja, ich glaube, Krieg, viel Feuer und Wasser. Aber ich muß fort, nach Hause und Geld verdienen und Zinsen abzahlen." Nach einiger Zeit, während

nicht mit dem Kranken, sondern über ihn gesprochen wird, plötzlich: „Die Sonne geht jetzt schon unter, sie ist des Morgens aufgegangen.“ (2 Uhr nachmittags).

„Ist es denn jetzt schon Abend?“ „Ja, es ist Abend, ich muß fort, nach Hause, und Geld verdienen.“

Je mehr sich in das eben skizzierte Bild wahnhafte Auffassungen, Sinnestäuschungen und motorische Unruhe mischen, um so mehr nähert es sich dem des eigentlichen epileptischen Delirs. Wir haben die typischen Sinnestäuschungen dieser Zustände früher (S. 49) kennen gelernt; es ist klar, daß sie fortgesetzt wechselnde, oft schreckhafte und häufig religiös gefärbte Wahnbildungen nach sich ziehen müssen. Ein Beleuchtungsapparat ist am Himmel aufgestellt, den Kranken zu beobachten, eine Bombe liegt im zweiten Stock, die gleich herunterkommen wird; „das ist entweder Kriegsanfang oder Kriegserklärung, als Vaterlandsfeind kann man doch deswegen nicht angesehen werden“. Von der Decke kommen Stimmen, denen der Patient zuruft, er könne nicht herauf, man halte ihn hier fest: „Wahrheit, Wahrheit, non errare humanum est. Ich möchte ausreichende Antwort erteilen, ziemlich lang. Wahrheit ist die Liebe. Ich kann das nicht begreifen. Es ruft ein Knabe. Wahrheit, Wahrheit.“ Der Bruder des Kranken liegt im Keller, wird eines schweren Verbrechens beschuldigt, gefoltert, das Ganze hat eine politische Bedeutung. Der Kaiser soll nach Palästina geschafft werden, um aus Deutschland eine Republik zu machen. Viele Menschenleben stehen auf dem Spiel, es handelt sich um eine elektrische Hinrichtung; in den Eingeweiden hat eine Bewegung stattgefunden, eine Ader ist gesprungen, im Leib ist ein Tier. Die anderen Kranken sind längst gestorbene Menschen, stinkende Leichen oder Seelen, die hier büßen müssen. Die Patienten werden hypnotisiert, mit Röntgenstrahlen durch und durch gesehen, das ist die Vorbereitung zur Hinrichtung, Männer mit Messern stehen rings an den Wänden bereit. Die Wände stürzen zusammen, die Welt will untergehen, und „ich soll an allem schuld sein.“

Häufig zeigen diese verworrenen Erlebnisse eine religiöse Färbung. Alle Türme, sagte ein Kranker, sollten heruntergerissen werden, weil sie doch als Blitzableiter dienten, und er sei auch der Blitzableiter für die ganze Welt, obwohl er unschuldig sei wie Christus; wie dieser werde er die Welt erlösen, und deshalb wolle man ihn foltern. Andere sehen den Himmel offen, Gott spricht mit ihnen, Christus verklärt sie, die Jungfrau Maria steigt hernieder. Der Kranke ist verdammt, dem Teufel als Wohnung zu dienen, der gute und der böse Geist streiten sich um ihn. Oder der Kranke ist Gott selbst, sitzt Gott zur Rechten, die himmlischen Heerscharen sind um ihn, Gott spricht mit ihm, verheißt ihm die Seligkeit („Gottnomenklatur“). Diese Erlebnisse kommen gewöhnlich in einem verzückten Gesichtsausdruck und in ekstatischen Bewegungen zum Ausdruck. Auch andere Größenideen tauchen auf und werden phantastisch ausgeschmückt; hinein mischen sich wieder verworrene Verfolgungsideen, die, wenn sie nicht von Sinnestäuschungen abhängen, konfabulierend vorgebracht werden.

Das äußere Verhalten der Kranken in den Delirien läßt sich im großen und ganzen zutreffend als heftige motorische Erregung kennzeichnen. Nur die eben erwähnten ekstatischen Zustände stellen eine Ausnahme dar und bilden den Übergang zu gewissen Formen des Stupors (s. o.). Gerade dadurch

beweisen sie, wie eng bei den übrigen Formen die motorische Unruhe mit den Sinnestäuschungen und Wahnbildungen sowie mit der durch diese erzeugten Stimmung zusammenhängt. Diese ist zumeist hochgradig ängstlich oder aber finster, gespannt, geladen. Epileptiker im Dämmerzustand sind nahezu die gefährlichsten Kranken, die die Irrenanstalt kennt. Sie reagieren auf angebliche Bedrohungen mit sinnlosen Gewalttaten, verbarrikadieren sich, ergreifen als Waffe, was sie irgend finden, und schlagen wild um sich, wenn man sich ihnen nähert. Sollen sie eine Skopolamineinspritzung erhalten, so befürchten sie, jetzt sei der Augenblick der Hinrichtung gekommen, und setzen sich mit allen Kräften zur Wehr. Auch viele Fälle plötzlicher, unmotivierter Überfälle auf Frau und Kinder, über die die Zeitungen berichten, gehören hierher, ebenso wie ein bekanntes Attentat auf den Kaiser vor einigen Jahren. In anderen Fällen besteht eine starke Neigung zum Selbstmord, die natürlich wieder mit der Angst zusammenhängt. Auch die „verzückte Stimmung" in den religiös gefärbten Delirien kann jeden Augenblick in Angst oder in Wut umschlagen.

So ist es natürlich, daß der epileptische Dämmerzustand verhältnismäßig häufig zu forensischen Erörterungen führt. Binswanger berichtet von einem Waldarbeiter, der ohne jeden Anlaß einen Förster umbrachte und nachher mit Blut besudelt im Bette gefunden wurde, ohne sich an etwas anderes zu erinnern, als daß er dem Förster begegnet war. Noch häufiger sind auch hier wieder exhibitionistische bezw. päderastische Akte oder Notzuchtsattentate mit anschließender grausamer Tötung des Opfers. Einer meiner Kranken hatte ein 15jähriges Mädchen erwürgt und erst die Leiche mißbraucht.

Sehr charakteristisch ist bei diesen wie bei anderen epileptischen Handlungen (Brandstiftung etc.) häufig die photographische Treue, mit der bei demselben Kranken eine der anderen gleicht. Ich habe lange Zeit einen Epileptiker behandelt, der als Knecht in großen Abständen des Nachts die ihm anvertrauten Kühe mit der Heugabel in den Bauch gestoßen hatte; er wußte nichts von diesen Reaten und war sehr entrüstet, daß man sie ihm zutraute. Als er entdeckt wurde, stellte sich heraus, daß er in ganz ähnlicher Weise seine Matratze durch und durch gestochen hatte. — Recht häufig ist auch ein sinnloses Zerstören des Mobiliars.

Über das Verhalten der Erinnerung an diese Zustände haben wir uns schon früher geäußert. Hier sei noch einmal hervorgehoben, daß ein absoluter Parallelismus zwischen der Tiefe der Bewußtseinstrübung und dem Grade der Amnesie nicht besteht. So können Patienten bei Merkfähigkeitsprüfungen Gutes leisten und nachher doch Amnesie haben (Heilbronner), und umgekehrt brauchen schwere Verwirrtheitszustände keine völlige Erinnerungslosigkeit zu hinterlassen. Besonders häufig wird eine vollkommene Amnesie durch eine Störung der Reproduktion nur vorgetäuscht und dann natürlich durch Nachhilfe behoben (Heilbronner). Daß die Erinnerungslosigkeit unmittelbar nach Abklingen des Delirs bezw. des epileptischen Zustandes überhaupt noch fehlen und erst nach einigen Stunden eintreten kann, ist namentlich forensisch wichtig. Bleiben einzelne Erinnerungen längere Zeit bestehen, so nehmen sie im Bewußtsein der Kranken eine gewisse Fremdkörperstellung ein; von eignen Gewalttaten wird wie von der Tat eines anderen erzählt, nichts getan, um die Spuren zu verwischen (Bonhoeffer), etc. Davon, daß in manchen Dämmerzuständen

Beweise der Erinnerung an Vorgänge, die sich in früheren Dämmerzuständen abgespielt haben, geliefert werden, habe ich mich bisher nicht überzeugen können. Theoretische Überlegungen wie die, daß die Amnesie aus der unvollkommenen oder fehlenden Verknüpfung zwischen den Dämmervorstellungen und denen des wachen Zustandes hervorgeht (Vogt), interessieren uns hier nicht.

Dagegen seien die Dauer der epileptischen Dämmerzustände und die Ausdehnung der Amnesien, die sie hinterlassen, noch kurz erörtert. Es gibt epileptische Bewußtseinstrübungen, die recht lange bestehen, und zuweilen werden wir, wie gesagt, sogar im Zweifel bleiben, ob ein bestimmtes Symptomenbild überhaupt noch einen Ausnahme- und nicht vielmehr schon einen Endzustand darstellt. Aber in solchen Fällen handelt es sich, auch wenn sich das Bewußtsein später wieder aufhellt, doch niemals um scharf abgegrenzte Episoden, die dem Kranken als umschriebene Amnesien imponierten. Zudem befinden sich diese Patienten gewöhnlich dauernd in einer Anstalt und bereiten längst keine diagnostischen Schwierigkeiten mehr. Durchschnittlich aber dauert ein Dämmerzustand nicht länger als 14 Tage, dann endet er entweder plötzlich (eventuell mit einem Schlaf) oder — häufiger — durch eine allmähliche Aufhellung des Bewußtseins und mit stückweiser Berichtigung der Wahnideen. Die Anmesie umfaßt gewöhnlich die ganze Episode bis zur völligen Wiederherstellung und gelegentlich noch eine Zeitspanne vor Einsetzen des Delirs.

Wird also eine Erinnerungslosigkeit von 7, 8 oder gar 12 Monaten wahrscheinlich gemacht, so handelt es sich entweder um eine ungewöhnlich ausgedehnte retrograde Amnesie oder, was häufiger ist, um hysterische Zustände, die eine „Amnesie“ aus ganz anderen Gründen und deshalb auch in ganz anderer Form hinterlassen, als es epileptische Zustände zu tun pflegen. Diese Kranken haben fast immer Hochstapeleien begangen oder doch pseudologistische Erfindungen in die Welt gesetzt, und wenn sie nun gefaßt werden und „aufwachen“, so verdrängen sie aus ihrer Erinnerung alles, was ihnen unbequem ist. Gelegentlich läßt sich sogar feststellen, was theoretisch immer vorausgesetzt werden darf: daß diese Reminiszenzen geweckt werden können, wenn das Interesse des Kranken das zufällig einmal erfordert.

Beispiel:

Epileptischer Dämmerzustand.

Patient 31 Jahre. Aufgenommen: 10. IX. 15.

Von 12 Jahren an Krämpfe.

Im November sei Patient zum erstenmal unruhig gewesen, hätte erregt und verwirrt gesprochen, sei zwecklos hin- und her gegangen. Nachher wieder völlig normal.

Vor einigen Tagen in die Wohnung der Gutsherrschaft gegangen, hat dort alles entzweigeschlagen, hat Lohn haben wollen, um viel Zeug zu kaufen. Die ganze Nacht draußen herumgegangen.

Bei der Aufnahme ganz ruhig, etwas schwer besinnlich, konnte aber sachgemäß Auskunft geben. Nach einigen Stunden plötzlich ohne äußeren Anlaß erregt, schlug 2 Scheiben ein, schlug um sich, versuchte zu treten. Auf Zureden nicht beeinflußbar. Zeigte durch einzelne Äußerungen, daß er Bemerkungen der Umgebung teilweise richtig auffaßte. Später sprach er nichts mehr, setzte die Angriffe gegen die Umgebung fort, beruhigte sich nach längerer Zeit erst auf Skopolamin. Nachts ruhig gelegen, früh einsilbig, mürrisch, beantwortete Fragen richtig.

Über Ort orientiert, zeitlich ungenau.

Schwer besinnlich, weiß nur, daß er eine „Balgerei“ gehabt hat. Liegt wie schlafend da, bekümmert sich um nichts.

Gibt nach 10 Tagen an, es sei ihm gewesen, als ob er vor dem Krieg stand, als ob ihm jemand sagte, er solle sich nicht überwehren lassen.

Kann die Monate nicht rückwärts sagen, kommt stets wieder in die fortlaufende Reihe. 569 nach einer halben Minute mit Ablenkung vergessen.

427395 = 74395 . Ebbinghaus +.

Stimmung stets leicht verschlossen.

Hilft auf der Abteilung. Leicht gehemmt, schwerbesinnlich, reizbar, moros.

Nach weiteren 4 Wochen Bewußtsein aufgehellt. Ganz summarische Erinnerung an Dämmerzustand. Typische epileptische Charakterveränderung.

Beispiel:

Epileptischer Dämmerzustand.

Patient geboren: 1882. Aufnahme 1912.

Patient hat seit dem 18. Jahre Anfälle; anfangs seltener; in letzter Zeit oft mehrere Anfälle an einem Tage, wobei Patient laut schrie. Seit gestern hat Patient irre geredet und fortwährend dieselben Bewegungen gemacht.

Bei der Aufnahme stark gehemmt, macht seine Angaben zögernd und stückweise. Örtlich und zeitlich nicht orientiert. Weiß von seiner bisherigen Tätigkeit nur, daß er auf dem Lande beschäftigt war mit allerlei Arbeiten; weiß nicht, daß er Statthalter war.

Ermüdet auffallend schnell, kann nur 7 × 7 richtig rechnen, Fragen nach dem Kaiser etc. nicht beantworten.

Am 4. Tage freier, zeitlich, örtlich orientiert, Stimmung indifferent. Weiß nichts von den letzten Tagen zu Hause und dem ersten Tage in der Anstalt.

Am 7. Tage psychisch frei. Anfall, den er vorher kommen fühlt, setzt sich deshalb vorher.

Nach drei Wochen plötzlicher Erregungszustand, wird dabei aggressiv. Halluziniert. Es wird verabredet, daß man ihn töten will. Inkohärent im Reden. Antwortet auf die Stimmen, redet vorbei; völlig desorientiert und verwirrt. Ruft und schreit laut, wälzt sich im Bett herum, greift mit den Händen in die Luft und redet fortwährend.

Nimmt wenig Nahrung zu sich.

Exitus infolge Phlegmone des Armes.

Beispiel:

W., geb. 1893, Soldat.

Aufnahme 1916.

Epilepsie.

Von der Feuerwehr nachts auf der Straße aufgegriffen und ins Katharinen-Stift gebracht, wo er anfangs tobte, wurde dann nach Gehlsheim überwiesen.

Bei der Aufnahme ruhig, noch schwer besinnlich, leicht benommen; gibt auf Fragen Auskunft. Seit 6 Tagen habe er Kopfweh gehabt, auch schon vor 10 Tagen: „Die Backen fingen an, zu brennen, es klopfte so und ging im ganzen Kopf herum, so daß ich mich ins Bett legen mußte." An dem Tage, an dem er ins Katharinen-Stift gebracht ist, waren die Kopfschmerzen stärker, gegen Abend wurde es ihm schwindlig, und er legte sich ins Bett; von da ab fehlt jede Erinnerung, bis er im Stift angekleidet wurde zum Transport nach Gehlsheim.

Nachsprechen von Zahlen: 93475 = 945; 87396 = 879; 43865 = 43; 9865 = 9856 und 7.

4×5=20; 5×12=60; 7×8=54; 112—32=— — — —48.

Kenntnisse mangelhaft.

Ebbinghaus wird nur in Bruchstücken ergänzt.

Am nächsten Tage noch starke Kopfschmerzen. Patient gibt an, daß er von Anfang an unter den Bettstellen seiner Nachbarn Vögel gesehen habe und sie auch zeitweise habe zwitschern hören. Zwischen den Betten in der Stube sähe er Hunde herumlaufen. Jeder Vorübergehende hätte schwarze Flecke im Gesicht.

Nach drei Tagen keine Sinnestäuschungen mehr.

Nach 14 Tagen plötzlich Unwohlsein, Schwindel, leichte Übelkeit, geringe klonische Zuckungen in den Extremitäten. Gedrückt und gehemmt nach dem Anfall, Kopfschmerzen.



Patient meint, die Kanarienvögel, die er bei seiner Einlieferung am Bettpfosten gesehen habe, seien damals doch dagewesen.

Nach drei Wochen Krankheitseinsicht, orientiert.

D. u. entlassen.

Beispiel.

B., geb. 1872, Soldat.

Aufnahme 1916.

Lazarett Wismar.

Epilepsie.

Patient hat vor etwa acht Tagen einen Mannschaftstransport nach Kowno geleitet, hat auf der Rückreise erzählt, er wolle noch zum Kaiser.

Sträubt sich heftig bei der Aufnahme, er sei nicht krank, wolle nicht ins Lazarett, sondern in eine Zelle, er sei ja verhaftet und wolle nun dem Gericht vorgeführt werden. Will nichts essen, kein Beruhigungsmittel nehmen.

Am folgenden Tag ruhiger, macht klare Angaben über seine Vorgeschichte.

Gibt am 3. Tage zu, die Reden, die er von Berlin und dem Kaiser geführt habe, seien Unsinn gewesen, er sei offenbar wirr gewesen. Jetzt sei er wieder klar.

Nach 10 Tagen. Schlägt mit einem Holzstuhl plötzlich ein Loch in die Tür; mit einem Stuhlbein bewaffnet, nachdem er mehrere Fensterscheiben eingeschlagen hat, entwichen; am nächsten Morgen im Hemd von einem Gefreiten auf der Straße getroffen, von außerhalb der Stadt hereingekommen. Das Hemd war bis zur Brust naß. Auf die Frage ‚wer er sei: „Ich bin der eiserne General.“ Er sei aus dem Lazarett weggelaufen, wolle nach Berlin. Auf dem Wege zusammengesunken. Ist dann ins Lazarett zurückgebracht. Hier ruhig. Seine Frau habe draußen auf ihn gewartet, der Flieger sei jetzt da, er solle nach Berlin zum Kaiser reisen. Hat an den Unterschenkeln Wunden und Schrammen, am Knöchel eine 3 cm lange Schnittwunde.

Nach Gehlsheim überführt.

Bei der Aufnahme ruhig, leicht benommen, verfallen, fühlt sich von seiner Frau verfolgt. Will nicht antworten, es schiene ihm selbst so, als ob er geisteskrank sei. Ist an den folgenden Tagen mürrisch, gereizt, verlangt seine Entlassung, Gibt keine Auskunft über die Gründe zu seiner Flucht. Wird im zweiten Monat freier, zugänglicher, liest, hilft auf der Abteilung, ist aber immer noch ablehnend, zurückhaltend. Nach zwei Monaten gebessert entlassen.

Hysterische Bewußtseinstrübungen.

Den epileptischen Bewußtseinsstörungen sollen die hysterischen gleich gegenüber gestellt werden, um den Vergleich zwischen beiden zu erleichtern. Zum Verständnis des Folgenden möge aber der Abschnitt über psychogene Symptome im Kapitel „Störungen des Willens“ nachgelesen werden; denn selbstverständlich gehört die Mehrzahl der „hysterischen“ Bewußtseinsveränderungen genetisch in das Gebiet der Psychogenie.

Immerhin ist die Entstehung der hysterischen Anfälle und Psychosen oft weniger durchsichtig als die der früher behandelten körperlichen Reaktionen, bei denen sich freilich primäre und sekundäre Folgen der Autosuggestion, Störungen willkürlicher und unwillkürlicher Funktionen auch schon innig genug durchflechten. Auch die hysterischen Psychosen wie die Anfälle werden in erster Linie durch den Vorstellungsinhalt der Kranken bestimmt; in ihrer Gestaltung spiegelt sich die Idee wieder, die sich der Patient von dieser Art Krankheit gemacht hat. Deshalb sind Opheliabilder verhältnismäßig häufig und Bewußtseinstrübungen überhaupt, deshalb zeigen diese Psychosen so oft einen theatralischen Zug, und deshalb entsprechen ihre Symptome i. a. mehr den Erwartungen der Laien über das Wesen der Geistesstörungen als den Erfahrungen, die wir Ärzte bei nicht hysterischen Psychosen zu machen pflegen.

Hysterische Anfälle.

So unterscheiden sich die Anfälle, mit denen wir beginnen wollen, infolge ihrer psychischen Bedingtheit grundsätzlich von den epileptischen Rindenkrämpfen. Niemand wird glauben den elementaren Ablauf eines epileptischen Anfalls psychologisch irgendwie beeinflussen zu können; bei der Hysterie drängt sich dieser Gedanke selbst dem Laien immer wieder auf. Freilich wird durch entsprechende Versuche gewöhnlich das Gegenteil des gewollten Erfolges erreicht; die lange Dauer vieler hysterischer Anfälle, die Stunden betragen kann, ist zumeist die Folge einer unzweckmäßigen Beachtung durch die Umgebung. Diese Dauer ist übrigens diagnostisch — der Epilepsie gegenüber — wichtig; wenn die Angehörigen oder die Kranken von stundenlangen Krämpfen berichten, die sich oft, vielleicht jeden Abend, wiederholen, so handelt es sich nicht um Epilepsie. Auch eine große Häufung der Anfälle[1]) spricht im allgemeinen eher für Hysterie, bei der sogar ein (natürlich harmloser) Status vorkommt.

Die hysterischen Anfälle sind untereinander keineswegs gleichwertig. Bei einem Teil handelt es sich um Reaktionen, die bei allen Menschen bereit liegen und von suggestiven Einflüssen direkt nicht abhängen. Starke Gemütserregungen führen aus Gründen, die wir nicht kennen, die aber sicher etwas mit der Blutverteilung im Gehirn zu tun haben, bei manchen Menschen zum Bewußtseinsverlust, zur Ohnmacht. Die Erfahrung, daß solche Zufälle bei Kindern, Frauen, nervös disponierten, erschöpften oder anämischen Menschen häufiger sind als bei anderen Menschen, erklärt sich daraus, daß die Affekte bei solchen Individuen leichter anschwellen und lebhaftere körperliche Reaktionen nach sich ziehen. Aber natürlich gilt diese Erklärung nicht für alle hysterischen Ohnmachten — bildet doch der Bewußtseinsverlust nach einem versagten Wunsch längst ein Inventarstück der Witzblätter.

Andere Anfälle knüpfen ebenfalls an noch normale Reaktionen an, die nur infolge der Erwartungen des Kranken fortgesetzt oder übertrieben werden. In manchen läßt sich die Entstehung aus dem Zittern der Angst, aus dem Zusammenfahren beim Schreck oder aus den mimischen Begleitsymptomen körperlicher Schmerzen wiedererkennen — auch die Umsetzung von klimakterischen „Wallungen" in Anfälle habe ich beobachtet; viele andere werden durch die Erfahrung verständlich, daß unerzogene Kinder dazu neigen, sich zum Ausdruck ihrer Unzufriedenheit auf den Boden zu werfen und mit Händen und Füßen um sich zu schlagen, und daß nervös erregbare Erwachsene sich gelegentlich ähnlich verhalten. Ob es richtig ist, in diesen und manchen anderen Reaktionen mit Kraepelin phylogenetisch entstandene „Abwehrbewegungen" zu sehen, kann dahingestellt bleiben; sicher kommen ähnliche Dinge („Totstellen" z. B.) auch bei Tieren vor, und wie leicht diese Mechanismen beim Menschen ansprechen, kann man bei schlechten Schauspielern beobachten, die zur Darstellung heftiger Affekte oft Ausdrucksbewegungen wählen, die im Leben eben nur Hysterische aufbringen.

---

[1]) Auf die „gehäuften, kleinen Anfälle" der Kinder, die zum größten Teil nicht in das Gebiet der Hysterie gehören, soll in speziellen Teil (Abschnitt Epilepsie) eingegangen werden.



Der erotische Charakter mancher Anfälle bedarf nach dem schon Gesagten keiner weiteren Erklärung, obwohl sich die Bewegungen des Körpers nur in ganz groben Fällen direkt auf die Vorstellung eines Koitus zurückführen lassen.

Naturgemäß ändert sich diese Gestaltung der Anfälle, wo schon eine direkte Berührung mit anderen Kranken — mögen sie nun selbst an hysterischen oder epileptischen Zufällen leiden — stattgehabt hat. Den großen klassischen Anfall der Charcotschen Schule mit seinen vier Phasen, dem arc de cercle[1]) und allem sonstigen wirksamen Zubehör sehen wir heute nur deshalb so selten, weil wir die Hysterie nicht mehr in eigens dazu eingerichteten Krankenabteilungen großzüchten. Auch in der Salpétrière ist er übrigens, wie wir durch Babinski wissen, verschwunden. Daß dagegen ein Kranker einmal einen epileptischen Anfall zu Gesichte bekommt und ihn dann nachahmt, läßt sich ebensowenig vermeiden, wie daß ein hysterischer Patient seine eignen, ursprünglich nicht psychogenen Zustände (Ohnmachten usw.) später imitiert. Noch häufiger sehen wir organisch oder toxisch bedingte Anfälle, wie die der Tetanie z. B., in hysterische so allmählich übergehen, daß eine sichere Unterscheidung im einzelnen Fall unmöglich wird.

Hie und da ist behauptet worden, auch der epileptische Anfall läge in jedem menschlichen Gehirn so bereit, daß er ausnahmsweise auch bei Hysterischen, durch starke Gemütsbewegungen etwa, ausgelöst werden könnte. Wir haben uns von der Berechtigung dieses Standpunktes, so schwer er sich auch widerlegen läßt, bisher nicht überzeugen können. Die Tatsachen, auf die er sich gründet, lassen sich heute wohl überhaupt nicht aufklären, und zwar vor allem deshalb nicht, weil es Psychopathen gibt, die vereinzelte epileptische Insulte im Leben durchmachen, ohne daß sie deshalb der Krankheit Epilepsie zugerechnet werden dürften (vgl. später unter Affektepilepsie). Sie dieser Anfälle wegen als hysterisch anzusehen, liegt u. E. kein Anlaß vor. — Zu beachten ist übrigens, daß nicht ganz selten auch genuine Epileptiker zugleich hysterisch sind; ja gewisse psychogene Reaktionen finden wir bei den allermeisten.

Nicht leicht verständlich ist es, daß Kranke, die lediglich infolge ihrer Erwartungsvorstellungen Anfälle bekommen, dadurch in tiefe Bewußtseinsverluste hineingleiten können. Häufig ist es freilich mit diesem Bewußtseinsverlust eine recht eigene Sache: dem Erfahrenen gelingt es nicht selten, mit scheinbar tief bewußtlosen Kranken sehr schnell in sprachliche Verbindung zu treten; das Erscheinen irgend einer mißliebigen Person verschlimmert die Krämpfe u. s. f. Jedenfalls wird man auch während des schwersten hysterischen Anfalles niemals etwas sagen dürfen, was der Kranke unter keinen Umständen wissen soll; man wird sonst später erfahren, daß er es zwar nicht „weiß", aber „fühlt". Er hat behalten, was ihn interessierte, und doch zugleich in sein Bewußtsein die Vorstellung aufgenommen, von den Vorgängen während des Anfalls nichts behalten zu haben.

Auch das steht fest, daß sich die Kranken selbst während der heftigsten Anfälle trotz scheinbar rücksichtslosester Bewegungen zumeist nicht ernstlich verletzen; sie halten die Augen geschlossen, fallen vom Stuhl, aus dem Bett,

[1]) Den besten arc de cercle habe ich bei einer Katatonic gesehen.



stoßen mit dem Kopf gegen die Wand, auf den Boden — aber fast stets so, daß sie keinen wirklichen Schaden davontragen.

Trotzdem soll nicht bestritten werden, daß eine starke Trübung des Bewußtseins durch hysterische Anfälle herbeigeführt werden kann. Da jeder hysterische Anfall so gut wie immer die Entladung eines Affektes bedeutet, erklärt sich dieses Verhalten aus der oben besprochenen Wirkung heftiger Gemütsbewegungen ohne weiteres.

Hysterischer Stupor, Dämmerungszustände etc.

Bei der vorstehenden Erörterung ist die bekannte klinische Tatsache vorausgesetzt worden, daß die hysterische Bewußtseinstrübung an Krämpfe nicht gebunden ist; wie diese bei erhaltenem Bewußtsein ablaufen können, so wird auch jede Form von Bewußtseinstrübung ohne eigentlichen Anfall beobachtet. Verhältnismäßig häufig ist der hysterische Stupor, der sich ebenfalls so gut wie immer an eine Gemütsbewegung anschließt oder aber wieder einer Erwartung des Kranken entspricht. Er setzt plötzlich oder allmählich ein und kann sehr lange andauern oder sich periodisch wiederholen (Narkolepsie); die Glieder sind schlaff oder gespannt, der Puls ist langsam oder (seltener) beschleunigt, die Pupillen reagieren, sind aber nicht wie im Schlaf verengt, die Augen sind geschlossen, schmerzhafte Reize werden nicht oder doch nur mit leichtem Erröten beantwortet — dabei halten sich aber die Patienten sauber, nehmen zweckmäßige Lageveränderungen vor u. s. f.

Beispiel.

E. P. 23 J. erhält nach 4jähriger Verlobung einen Brief ihres im Felde stehenden Verlobten mit der Bitte ihn freizugeben. Sie beginnt einen Antwortbrief, fühlt sich nach der ersten Zeile schwindlig und wird eine Stunde später steif an allen Gliedern auf dem Sofa gefunden. So liegt sie eine Woche, antwortet nicht, sieht starr und verständnislos an die Decke, ißt aber, hält sich rein. Nach etwa 10 Tagen fängt sie an, aphonisch zu sprechen, gibt an alles verschwommen zu sehen, ist rechts hemiparetisch, klagt über heftige Schmerzen im rechten Arm. Zugleich stellt sich heraus, daß sie von dem Brief des Verlobten und den Schwierigkeiten der letzten Wochen, die ihm vorangegangen waren, nichts weiß. — Durch einfache Verbalsuggestion („sie würde jetzt die Augen schließen, dann würde ihr alles einfallen, und von dem Augenblick an würden alle körperlichen Störungen beseitigt sein") gelingt es, sowohl die Verdrängungserscheinungen wie die körperlichen Symptome in wenigen Minuten zu beseitigen.

Damit sind wir schon in die Besprechung der episodischen psychischen Störungen eingetreten. Ihre Symptomatologie erschöpfend zu schildern ist bei der Mannigfaltigkeit der tatsächlichen Gestaltung unmöglich; anstatt dessen wollen wir einige häufige Typen herausgreifen und dabei wieder zwischen den Formen, die auf suggestivem Wege zustande kommen, und anderen unterscheiden, bei denen die Bewußtseinstrübung primär, unabhängig von der Erwartung des Kranken, auftritt.

Die Entscheidung darüber ist nicht leicht bei den Verwirrtheitszuständen, die sich verhältnismäßig oft an heftige Gemütsbewegungen anschließen, und die wir gelegentlich auch bei Menschen beobachten, die sonst niemals hysterische Erscheinungen geboten haben. Die Kranken verkennen ihre Umgebung, ziehen sich nicht an oder entkleiden sich vor anderen, singen, geben

keine Antwort oder solche, die der Frage nicht entsprechen, benutzen Gegenstände verkehrt u. s. f. Nach Minuten oder höchstens Stunden ist alles vorbei, und nun besteht zumeist völlige Erinnerungslosigkeit.

Ähnliche Zustände treten vor dem Einschlafen oder während der Nacht — gewissermaßen als Fortsetzung des Traumes — auf. Die Patienten stehen auf, gehen mit geschlossenen, halb oder weitgeöffneten Augen im Zimmer auf und ab, steigen aus dem Fenster, ins obere Stockwerk, in den Keller, kramen in Schränken herum oder werfen ihre Bettstücke umher. Zuweilen haben sie Sinnestäuschungen, sehen schreckhafte Gestalten u. dgl. Auf Anrufen wachen sie zumeist auf. Für die Beurteilung solcher somnambuler Zustände ist wichtig, daß sie bei Hysterischen gewöhnlich ziemlich gehäuft, jede Nacht, z. B., auftreten, dann aber plötzlich während eines Logierbesuches, im Krankenhaus, nach Eintritt eines neuen Kinderfräuleins oder infolge eines Versprechens verschwinden.

Viele andere Bewußtseinstrübungen knüpfen an Anfälle an, so daß man in gewissen Fällen ebensogut von einem Anfall mit deliranten Zutaten wie von einem Delir mit krampfartigen Bewegungen sprechen kann. Häufig sind z. B. Wutanfälle mit Toben, Schreien, Schlagen, Beißen, Kratzen (Furor hystericus), die oft durch kleine Gaben Alkohol (pathologischer Rausch) ausgelöst werden und gewöhnlich schließlich in Schlaf übergehen; ferner theatralische Entblößungsszenen mit krampfartigem Hin- und Herwerfen, endlich ängstliche Erregungen mit ebensolchen Abwehrbewegungen. Zuweilen werden dabei frühere Erlebnisse, wie die erste sexuelle Erfahrung, wieder durchgemacht und ausgeschmückt; auch daran schließt sich ein körperlicher Kampf, der mit einem koitusähnlichen Anfall endet. In anderen Fällen sehen wir heitere Delirien in ekstatisch verzückte Zustände mit starrem Gesichtsausdruck und festgehaltenen Bewegungen (Beterstellung etc.) übergehen — Formen, die übrigens früher, in Zeiten religiös mystischer Überspannung, offenbar häufiger gewesen sind als heute.

Andere Dämmerzustände lassen ihre Entstehung aus Erwartungsvorstellungen noch leichter erkennen. Ziemlich häufig sind Größendelirien, in denen die Kranken sich für reich, mächtig, schön, begehrt ausgeben, Orden verleihen, Heiratsanträge ausschlagen oder annehmen u. s. f. Hier führt ein halbwillkürlich begonnenes Spielen mit angenehmen Vorstellungen (Wachträumen) schließlich zum Verlust jeder Kritik. Den Verwandlungsdelirien dagegen, bei denen die Kranken ein Tier oder ein Kind darzustellen suchen, liegt immer die kindisch durchgeführte Absicht zugrunde, der Umgebung als geisteskrank zu erscheinen. Die Kranken kriechen am Boden, gehen auf allen Vieren, bellen, wollen aus der Schüssel fressen, sie reden in Infinitivsätzen, sprechen von sich in der dritten Person, gebrauchen die Fistelstimme, treiben allerhand Kindereien. In noch anderen Fällen benutzen die Patienten ihre Delirien, um der Umgebung Mitteilung zu machen, die auszusprechen sie in normalem Bewußtseinszustand nicht fertig bringen: Verfehlungen etwa, die sie wirklich begangen, oder aber Heldentaten und Vorzüge, die sie sich angedichtet haben und die ihnen außerhalb des Delirs selbst zu unglaubwürdig erscheinen.

Es versteht sich nach dem bisher Gesagten beinahe von selbst, daß alle hysterischen Delirien in ihrem Verlauf und in ihrer Dauer von der Art und von

dem **Verhalten der Umgebung** beeinflußt werden. Sie klingen — wie die Anfälle — um so schneller ab, je weniger man von den Kranken Notiz nimmt, und schwellen z. B. im Hörsaal gewöhnlich rapid an. Oft geben dann die Patienten ihr ganzes Repertoire her, wechseln zwischen ängstlicher, zorniger, heiter verzückter Erregung, singen, schelten, weinen, jammern, breiten die Arme zum Himmel aus, werfen sich verzweifelt zu Boden, schlagen um sich, beißen, spucken, schimpfen, stecken die Zunge heraus, machen alberne Spässe, um dann wieder mit dem Ausdruck sinnloser Verzweiflung vor angeblichen Verfolgern in eine Ecke zu fliehen.

Zuweilen werden solche Zustände dadurch beendigt, daß man die Patienten zum Lachen bringt oder gar ihr eigenes Verhalten ironisiert. Immerhin ist das ein ziemlich gefährliches Unternehmen, das auch den entgegengesetzten Erfolg haben und deshalb nicht als Regel empfohlen werden kann. Diagnostisch ist aber der Ausgang in beiden Fällen gleich brauchbar, denn epileptische Delirien reagieren auf solche Maßnahmen natürlich nicht.

Beispiel.

Frau P. geb. 1865.

Aufnahme 1915.

Berührungsfurcht. Kann keine Polstermöbel sehen oder darauf sitzen, seitdem vor einem Jahr ein Kinderwagen ihrer Töchter von Motten zerfressen ist. Angst vor sexueller Berührung des Mannes. Hat Angst vor sich selbst, fürchtet, ihren Mann umzubringen oder von ihm umgebracht zu werden. Hält sich für Christus ähnlich. Dichtet in manchen Affektzuständen. Früher in Strecknitz. Dort bei der Aufnahme laut schreiend, mit Händen und Füßen sich wehrend, ständig deklamiert und ideenflüchtig geredet mit großem Pathos. Tag und Nacht schlaflos. Sie sei die reine Himmelstochter; hört klopfen, ruft „herein". Zustand wechselt rasch, halluzinatorische Bewußtseinsfälschungen bleiben. Lärmt, singt, heult (nennt das Telegraphieren). Allmählich ruhiger, über die Krankheit orientiert. Später bald heiter, bald depressiv; brüllt und schimpft bisweilen. Viele körperliche Klagen; Sprechweise maniriert mit englischen Brocken. Morgens meist depressiv, am Tage heiter.

Bei der Aufnahme in Gehlsheim heiter, gesprächig. Morgens gedrückt, zum Weinen geneigt, später leicht manisch, gesprächig. Gehobenes Selbstbewußtsein. Redet den Arzt englisch an, mit der Motivierung, sie käme in Zeiten der Erregung mit dem Deutschen nicht zurecht. Datiert ihr Leiden von einer mit 18 Jahren zurückgegangenen Verlobung.

Befinden während der Schwangerschaft so gut wie sonst nie; sie hatte so doch einen Lebenszweck. Kann ihren früheren Verlobten noch immer nicht vergessen.

Hielt sich für Christus, fühlte, wie die Nägel ins Fleisch drangen. Habe längere Zeit Kreuzesstellung eingenommen, hat Mephisto, Frau Sorge gesehen, Heinzelmännchen.

Nachts geschrieen, um Hilfe gerufen, angeblich Beklemmungen, Angst gehabt, weil Mäuse im Zimmer waren. Hat in verschiedenen Gegenständen Köpfe gesehen, ähnlich den Vexierbildern. Anfangs weinerlich, erzählt dann lachend von den Vorgängen der Nacht.

Nach der zweiten Nacht Weinkrampf. Kann angeblich nicht sprechen, verständigt sich schriftlich oder durch Zeichen. Bei der Visite klammert sie sich weinend an die Hand des Arztes, greift mit einem Schrei nach einer Stelle der Bettdecke, schreibt auf, sie habe dort ein Gesicht gesehen, wirft sich dann zurück und verbirgt das Gesicht. Gleich darauf wieder heiter. Schreibt, solche Stummheit dauere zuweilen mehrere Tage. Nennt sich „der weibliche Christus". Fängt nach einigen Stunden an zu sprechen, radebrechend und in Wortneubildungen.

In der Stimmung wechselnd. Meist morgens verstimmt, hört Schritte vor Fenster in der Nacht, sieht Gesichter und Gestalten.

Steckt eines Morgens Zettel ans Bett „nicht berühren". Antwortet nicht auf Fragen, weint. War abends vorher unruhig, hat zerfahren gesprochen, halb englisch, halb deutsch. Hält die zusammengedrehte Bettdecke vor sich hin, streichelt sie und spricht mit ihr, als ob sie mit ihrem Sohne spräche. — Durch Ignorieren Delirien beseitigt.

Beispiel:

R. geb. 1892. Kriegshysterie.

Aufnahme 1915.

Hat im Lazarett Anfälle gehabt, von Russen und Zuaven phantasiert, mit Händen und Füßen um sich geschlagen, gebissen, umgefallen.

Bei der Aufnahme frei, gutmütig, nicht gereizt. Fühle sich nach den Anfällen schlapp, wisse sonst nichts davon.

Anfall. Springt auf den Wärter los, aus dem Bett heraus, ruft Rußki, Rußki, hält den Finger wie an den Druckknopf des Gewehres, schlägt um sich. Durch mehrmaligen energischen Anruf zu erwecken. Klonisches Zittern am ganzen Körper, Tremor der Hände.

3 Monate im Felde. Aus dem Felde zurück wegen Lungenspitzenkatarrhs. Zum zweitenmal im Felde, im Granatfeuer Krämpfe bekommen.

Früher Pfleger, Abteilung von 30 Epileptikern.

Leicht debil.

Beispiel:

A. Sp. 24 Jahre.

Aufnahme 1916.

Vor 7 Wochen (in der Neujahrnacht) erkrankt, hat geweint, wollte nicht zu Bett, wollte zum Himmel, müsse sterben usw. Patientin hat die ersten Tage nichts essen wollen. Dann ist es besser geworden. Patientin blieb mehrere Wochen unauffällig. Vor einigen Tagen war sie unruhig, wollte nicht aufstehen, hat getobt und gezuckt, ruckweise Hände und Füße ausgestreckt, Laute ausgestoßen; der Stuhlgang ist ins Bett gegangen.

Patientin liegt ruhig im Bett, hat die Augen geschlossen, spricht unverständlich, zusammenhanglos. „Man muß mich stärken, das steht auch schon in der Bibel, daß man vor keinem schlechten Stuhl sitzen soll". Patientin entkleidet sich, zerreißt ihre Sachen, spuckt, schlägt um sich, ist unrein. Erotisch. Dauerbad.

Nach 8 Tagen ruhig, antwortet zeitweise klar und geordnet.

Nach 14 Tagen. Liegt ruhig im Bett, ablehnend, hält die Augen geschlossen und die Hände gespreizt. Spricht langsam und gedehnt, wie jemand, der aus dem Traum erwacht und sich noch nicht zurecht findet.

Nach drei Wochen etwas frischer. Gibt an, sie sei stets viel allein gewesen, habe nicht viel Verkehr gehabt. Sei erkrankt, als eine Freundin zu Besuch war, über die sie sich geärgert habe, die sei so komisch gewesen. Sie sei im Bett liegen geblieben und habe phantasiert, sie wisse aber nicht viel davon. Sie wisse noch, daß sie mit ihrem Vater im Wagen hierher gefahren sei, dann aber nichts mehr. In der Zelle sei sie wieder zu Verstand gekommen, da habe sie es mit der Angst bekommen. Sie wisse auch davon nur, daß sie immer umher gelaufen sei, sie habe keinen Willen mehr gehabt. Sie habe Stimmen gehört von abwesenden Personen; so habe sie ihren Namen von ihrer Freundin nennen hören; es sei ihr vorgekommen, als wenn jemand hinter ihr gestanden hätte. Sie habe ein furchtbares Angstgefühl gehabt, besonders abends in den Tagen vorher, dann habe sie am liebsten geweint. Wenn sie die Augen geschlossen hätte, hätte sie Eulen und Kuckuck gesehen. Zu Hause habe sie viele Geräusche gehört, auch habe sie gemeint, das Haar ihrer Freundin hätte sich bewegt. Jetzt psychisch frei, geordnet.

Gansersches Syndrom. Pseudodemenz.

Besonders oft beobachten wir bei den Delirien einen allmählichen Übergang von ursprünglich willkürlichen in zwangsmäßige Leistungen. Die Kranken peitschen einen Affekt zusehends in die Höhe, bis sie in der schließlich erreichten Erregung alle Gewalt über sich verlieren, oder sie gleiten halb spielerisch in einen psychotischen Zustand hinein, aus dem sie aus eigner Kraft nicht wieder herausfinden. Das ist z. B. bei manchen von jenen Dämmerzuständen der Fall, die Ganser zuerst bei Untersuchungsgefangenen beschrieben und von anderen Formen abgegrenzt hat. In diesen Zuständen wird der psychologische Mechanismus ihrer Entstehung besonders durchsichtig. Die Kranken haben



den Wunsch, psychisch krank zu werden, oder wenigstens die Idee, daß ihnen in ihrer Situation nur noch eine Geisteskrankheit helfen könne, und nun bekommen sie das, was sie sich unter einer psychischen Krankheit vorstellen. Sie reden und tun lauter verkehrte Sachen, wissen ihr Alter nicht, sind unorientiert über ihren Aufenthalt und über die Jahreszeit, rechnen verkehrt u.s.f. Dazu klagen sie über Kopfweh, wenden sich im Bett ab, antworten nicht oder scheinen die Fragen nicht zu verstehen. Sie leben anscheinend in einer traumhaften Phantasiewelt oder sie zeigen wieder ein eigentümlich läppisches Benehmen, geben schnippische Antworten, duzen den Arzt, spielen den anderen Kranken allen möglichen Schabernack, sprechen wie kleine Kinder (Puerilismus).

Diese Zustände, die, wie gesagt, am häufigsten, aber nicht ausschließlich bei Untersuchungsgefangenen beobachtet werden, gehen fließend in andere über, bei denen die Bewußtseinstrübung zurücktritt, und in denen wir deshalb mit Wernicke, Stertz und Schuppius von einer bloßen Pseudodemenz sprechen. Diese kommt außer bei Untersuchungsgefangenen bei Unfallskranken, Kriegsteilnehmern, kurz überall da vor, wo die Bedingungen für eine psychogene Entstehung psychotischer Erscheinungen gegeben sind. Außerdem scheint es, als wenn gewisse Rassen eine besondere Neigung zu dieser Reaktionsform besäßen; jedenfalls ist ihre Häufigkeit in Oberschlesien schon im Frieden aufgefallen.

Das Wesentliche bei der Pseudodemenz ist der mehr oder minder vollkommene Ausfall elementarer Kenntnisse bei einem Menschen, dessen geordnetes äußeres Verhalten diesen Defekten auffallend widerspricht. Stertz bemerkt richtig, daß ein organisch Kranker mit gleichen Mängeln zugleich auf ein rein vegetatives Niveau herabgesunken sein würde, und er vergleicht das abweichende Verhalten der Pseudodementen zutreffend mit jenen hysterischen Individuen, die sich trotz hochgradiger Gesichtsfeldeinengung ohne jede Schwierigkeit im Raum bewegen. Dieselben Kranken, die alle Daten ihres Lebens, alle Schulkenntnisse und alle Lebenserfahrungen verloren haben wollen, erklären sich mit voller Unbefangenheit für durchaus orientiert über ihre gegenwärtige Situation, passen sich jeder Änderung ihrer Lage ohne Schwierigkeit an, fassen jede Frage ohne weiteres auf, antworten auf den Vorwurf der Simulation, auf die Andeutung der Entmündigung u. dgl. mit beachtenswerter Gewandtheit und Schnelligkeit und nehmen gelegentlich nicht bloß an ihrem eigenen Geschick, sondern auch an den Vorgängen in ihrer Umgebung gemütlich lebhaften Anteil. Dazu läßt sich aus der Art der Antworten häufig schließen, daß der Sinn der Frage verstanden worden ist, und daß die positiv falsche Erwiderung nicht nur keine Minder-, sondern in gewisser Hinsicht eine Mehrleistung darstellt. „Wenn jemand beispielsweise beim Auswählen von farbigen Fäden niemals das Richtige trifft, oder beim Merken der Zahl 375 zuerst 275, 355 usw. angibt oder beim Raten eines Rätsels anstatt „Kirschbaum" die Lösung „Kirchhof" gibt, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß zu einer Zeit die richtige Vorstellung geweckt war, dann aber wieder verdrängt wurde". (Stertz).

Neben dem Ausfall an Kenntnissen und der häufigen Merkfähigkeitsstörung, kurz neben dem „Vorbeireden" finden wir zuweilen auch ein „Vorbeihandeln". „Verlangt man die Demonstration der Anwendung allgemein bekannter Gebrauchsgegenstände (Hammer, Bohrer, Schlüssel, Bürste), die

Ausführung einer einfachen Handlung (Streichholz anzünden, Zigarre abschneiden, grüßen, winken), so tritt dieselbe Unfähigkeit zutage: die Kranken können apraktisch oder asymbolisch erscheinen; prüft man systematisch ihr Sprachverständnis, ihre Sprechfähigkeit, so erscheinen sie sensorisch oder motorisch aphasisch und entsprechendenfalls alektisch und agraphisch: sie verstehen nicht, ihre Wortfindung ist erschwert, sie suchen nach dem Ausdruck, geben sich dabei anscheinend alle Mühe, machen ein ratloses Gesicht, bringen dann das Wort entstellt, falsch oder gar nicht heraus, grimassieren, zittern, setzen an, greifen sich an den Kopf usw.“ (Schröder).

In manchen Fällen machen uns die Patienten die Diagnose ihres Zustandes dadurch besonders leicht, daß sie für ihre Defekte nur gewisse Teile des Wissens ausgewählt haben. So sieht man zuweilen Leute, die sich innerhalb der ihnen sonst geläufigen Vorstellungskreise vollkommen sicher bewegen, über ihre fernere sowohl wie über die jüngste Vergangenheit durchaus richtige Angaben machen und sie auch zeitlich genau einordnen, die aber grundsätzlich und mit unverkennbarer Absichtlichkeit falsch antworten, sobald irgend eine Zahlenaufgabe verlangt wird: $3 \times 4 = 7$, $5 \times 6 = 20$, $20 + 8 = 26$, $26 - 8 = 16$, und wenn die Zahl 39 gemerkt werden soll, so wird 28 genannt. Zeigt man Bilder, so ist eine Schere ein Messer, ein Hund ein Pferd, „nur zu groß dafür“, eine brennende Kerze eine Zigarre usf.



Abb. 61. Pseudodemenz.

In solchen Fällen ist natürlich die Möglichkeit der Simulation schwer abzulehnen, und ganz allgemein erscheinen die Grenzen zwischen willkürlicher Vortäuschung und psychogener Entstehung gerade bei der Pseudodemenz besonders fließend. Immerhin finden wir in der Mehrzahl der Fälle neben der Pseudodemenz andere psychische Störungen, wie hypochondrische Verstimmung, hysterische Abulie u. dgl., und körperliche Symptome (Hemiparese und Anästhesie, Gesichtsfeldeinengung, Tremor etc.), die an der hysterischen Reaktionsweise keinen Zweifel bestehen lassen.

Zum Teil deshalb ist nicht bloß die Unterscheidung von organisch bedingter Demenz, sondern auch die vom katatonischen Danebenreden gewöhnlich verhältnismäßig leicht. An diesem fanden wir besonders typisch das verantwortungslose Darauflosreden, das oft jede Beziehung zu der gestellten Frage vermissen läßt und das sich so gut wie niemals bloß bei der Prüfung gewisser Kenntnisse, sondern ebenso bei der Unterhaltung über irgendwelche Vorkommnisse des täglichen Lebens äußert. Hier ist das Danebenreden entweder Teilerscheinung eines auch sonst erkennbaren Negativismus oder Ausdruck der läppischen Absicht des Kranken, sich über den Arzt lustig zu machen. Bei der Pseudodemenz beherrscht das Bild die Idee des Patienten, krank sein zu müssen, und dementsprechend suchen sein Gesichtsausdruck und sein Mienenspiel angestrengtes Nachdenken, Verständnis- und selbst Rat-

losigkeit auszudrücken (vgl. Abb.). Daß alle diese Züge eine ausgesprochen theatralische Färbung haben, erleichtert die Diagnose noch mehr. — Zuzugeben ist aber, daß psychogene Zustände vom Charakter der Pseudodemenz gelegentlich auch bei der Katatonie ebenso wie im Anschluß an epileptische Anfälle und im Verlauf organischer Prozesse (Hirntumor, Paralyse, nach Hirnverletzungen) vorkommen, sowie daß umgekehrt Zustände von Pseudodemenz plus Puerilismus (Ganser) von Zustandsbildern der Dementia praecox nicht immer leicht unterschieden werden können.

Beispiel:

Landsturmmann R. B., Inf. Regt. 51.

42 Jahre alt, Steinschläger in J. Kr. St.

Anamnese: (Eigene Angaben).

Vater und Mutter gewohnheitsgemäß Schnaps getrunken, beide haben viel am Kopf gelitten. 1 Tochter ist nervenschwach, ein Sohn wegen „Gehirnkrankheit" im Krankenhaus. Er selbst sei bis vor 7—8 Jahren gesund gewesen, habe nur seit 10—12 Jahren unter Schwindelanfällen, angeblich jeden Tag mehrere Male, gelitten, wobei er manchmal hingefallen sei, und auch an „elektrischen" Anfällen; nach Aufregungen habe er ein böses Gefühl in der Brust, bei seinen Anfällen stürze er hin, würde bewußtlos, redete unsinnig, schlüge um sich. Diese Anfälle dauerten meist $^3/_4$ Stunden lang, manchmal kämen sie dreimal am Tage, mindestens aber einmal wöchentlich. Dabei hat er sich öfter in die Zunge gebissen, hat sich nie eingenäßt. Manchmal 20 Minuten auf einem Fleck gestanden und keinen Ton gesprochen, dann sei er auf einmal „wieder da" gewesen, er sei immer sehr ängstlich und gedrückt, immer für sich allein gewesen. In der Schule habe er nichts gelernt, in den Kopf sei nichts hineingegangen, dann habe er immer als Steinschläger gearbeitet, mußte wegen der Anfälle oft eine Stunde aussetzen, sonst immer regelmäßig gearbeitet, die Familie hat er gut genährt. Immer gut mit allen vertragen, wenig getrunken, früher täglich $^1/_2$ Liter, später für 20 Pfg. täglich.

Wegen Diebstahls 1 Jahr 6 Monate Gefängnis, aber unschuldig(?) erhalten, 1906 bis 1907 von Bonhoeffer behandelt, er glaube nach Selbstmordversuch, dann lange in Lüben gewesen, viel geweint. Aus Lüben nach Hause entlassen. Bald darauf Gerichtsverhandlung, wegen Gutachten freigesprochen. Hat dann bis zur Einberufung regelmäßig gearbeitet. Vor 15—17 Monaten eingezogen worden, ausgebildet, dann zur Russenbewachung kommandiert. Zuletzt war er in Steinau. Zweimal wegen Verspätung am Abend mit 7—20 Tagen Arrest betraft. Eines Tages soll ihn angeblich unvermittelt der Kammerunteroffizier auf der Straße am Halse gewürgt haben, weil er eine geborgte Zeltbahn nicht zurückgab. Dann wurde er von demselben öfters beleidigt, „könne ihn nicht zum Kammerdienst gebrauchen, da er alles klaue". Er kam dann nach Kletschen, es wurde schlimmer mit seinen Nerven, sah seine Frau tot, hat Leute mit drohenden Stimmen gehört, vor Angst geschrieen, viele trübe Stunden gehabt. Einmal sei der Unteroffizier zu ihm gekommen, er habe es aber erst gemerkt, als er aufgerüttelt worden sei. Solche Anfälle habe er täglich 6—7 mal gehabt, sei dann hingestürzt, habe sich in die Zunge gebissen, habe Zuckungen gehabt, viel an Kopfschmerzen gelitten, kann nichts mehr merken, schläft schlecht. Beine sind in seinen Anfällen wie tot, kann sie dann nicht mehr gerade setzen.

Befund:

Wehleidiges Wesen, jammert, weint während der Exploration. Wiederholt lebhaft detaillierte Schilderungen seines Leidens und des ihm angetanen Unrechts. Zuerst tut er, als ob er nichts wüßte, im Laufe der Unterhaltung erwacht sein gutes Gedächtnis, wiederholt wörtliche Beleidigungen des Unteroffiziers, seine eigenen Antworten hat er vergessen. Einwände widerlegt er gewandt, ist gut orientiert, am fraglichen Tage war er angetrunken.

Korneal- und Würgreflexe sind herabgesetzt, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit, Sehnenreflexe + +, Motilität intakt, Analgesien am ganzen Körper, funktioneller Romberg, starke Dermographie.

Pseudodemente Antworten:

2+2=5	
2×2=3	
3×3=15	
Wie heißt unser Kaiser?	„Ich weiß es nicht."
Wie lange dauert der Krieg?	„18 Monate."
Wann angefangen?	„Weiß nicht."
Monate aufzählen!	— Februar, März, — Mai, — Juli, — September, — —, Dezember.
Nochmal:	—, Februar, März — —, Juni —, —, —, Oktober, —, —, Dezember.
Noch einmal:	—, —, März, —, Mai, —, Juli, —, —, —, November, —, Januar.
Datum?	Sonnabend, den 13. (Sonntag, den 15.)
Monat? (Oktober)	„August."
Wo hier?	„Breslau, im Lazarett für kranke Leute, Nervenkranke, Festungslazarett."
An welcher Straße?	„Das weiß ich nicht."
1 Mark hat wieviel Pfennig?	„1000 Pfg."
½ Mark?	„500 Pfg."
Ein Taler hat wieviel Mark?	„6."
Eine Mandel hat wieviel Stück?	„60."
Welche Farbe hat eine 5-Pfg. Marke?	„Rot."
Eine 10-Pfg. Marke?	„Grün."
Wie sieht Schnee aus?	„Grau."
Wie Gras?	„Gelb."
Wie Kohle?	„Hellgrau."

Merkfähigkeit: 8716 nach einiger Zeit: „Das weiß ich nicht, das ist schon wieder weg.

Während der Beobachtung Anfälle, einmal auslösbar durch Druck auf die Unterbauchgegend.

Second état. Hysterische Fugues.

Zustände, in denen (wie bei der Pseudodemenz) das Bewußtsein verändert, aber nicht eigentlich getrübt ist, sind übrigens bei der Hysterie seit langem in mannigfachen Formen bekannt. Dieser Zustände wegen hat man die Lehre von der „Verdoppelung der Persönlichkeit", von einem „second état", aufgestellt. Wir haben von solchen Kranken schon gesprochen; sie werden im Anschluß an irgend ein unliebsames Vorkommnis verstimmt, bekommen Angst oder Heimweh, laufen oder reisen davon, verlassen die Wache, desertieren und führen nun unter Umständen große Reisen aus, ohne irgendwie aufzufallen, begehen Hochstapeleien, legen sich allerhand Titel und hochklingende Namen bei, wissen aber nach der Rückkehr in ihren ursprünglichen Zustand von dieser Episode angeblich nichts. Von einer „Verdoppelung der Persönlichkeit" im eigent.ichen Sinne ist dabei gar keine Rede, sondern nur von dem Durchführen einer Rolle, die die Phantasie des Kranken lebhaft beschäftigt hat; seine wesentlichen Charakterzüge lassen sich auch in diesen Krankheitszuständen stets wiedererkennen.

Wohl aber kommt das, was zur Lehre vom second état ursprünglich Anlaß gegeben hat, eine doppelte Kontinuität der Erinnerung, einmal für den normalen und zweitens für den kranken Bewußtseinszustand, dann vor, wenn der Patient eine solche Spaltung seiner Persönlichkeit für möglich hält und erwartet.

Bei der praktischen Beurteilung dieser Zustände wird man wieder daran denken müssen, daß hysterische Kranke die Erinnerungslosigkeit an solche

Episoden viel häufiger mit Bewußtsein vortäuschen als wirklich erleiden. Daß die Genese solcher „Amnesien“ eine andere ist als nach epileptischen Bewußtseinstrübungen versteht sich ja nach früher Gesagtem von selbst; wissen die Kranken einmal tatsächlich nichts von der krankhaften Episode einschließlich der inzwischen begangenen Hochstapeleien etc., so haben sie diese Erinnerungen nachträglich aus ihrem Bewußtsein verdrängt. Das zeigt sich schon daran, daß ihnen dieselben Erinnerungen jederzeit wieder zur Verfügung stehen, wenn sie sie zufällig zu irgend einem Zwecke gebrauchen. — Für diagnostische Zwecke ist es wichtig, daß diese Ausnahmezustände und die ihnen folgenden „Amnesien“ die einzigen sind, die sehr lange Zeitstrecken, also selbst Jahre umfassen können.

Aschaffenburg rechnet die eben besprochenen Fälle von (hysterischer) „Poriomanie“ bekanntlich zur Epilepsie, wie uns scheint mit Unrecht. Der Begriff der Epilepsie läßt sich bei strenger Fassung rein erhalten, der der Psychogenie wird an der Grenze der übrigen psychopathischen Formen doch immer zerfließen, und so hat es weniger Bedenken, ein Krankheitssymptom, das bei einem belasteten Menschen angetroffen wird, der Hysterie zuzuweisen als der Epilepsie. In dem einen Fall handelt es sich, da alle psychopathischen Formen ineinander übergehen, um eine ziemlich gleichgültige Frage der Nomenklatur, in dem anderen aber um die Diagnose einer wirklichen, wahrscheinlich toxisch bedingten und anatomisch faßbaren Krankheit, die ohne sichere Beweise nicht gestellt werden sollte.

Beispiel:

Hysterische Poriomanie.

K Sch, 44 Jahre, Arbeiter.

Psychopath mit deutlichen hysterischen Zügen. Hat viel versucht, nirgends ausgehalten. Trotz aller möglichen Bildungsansätze schließlich einfacher Arbeiter. Stets bestrebt, mehr darzustellen, spricht gesucht gebildet, trägt ohne Refraktionsanomalie goldenen Kneifer, hält häufig Vorträge über „philosophische“, religiöse, politische Fragen. Häufig hypochondrische Klagen. Einmal nach Streit mit Vater hysterischer Anfall.

Am 7. IV. 1916 Zank mit Frau, erklärt (wie schon öfter) morgens 9 Uhr, er ginge fort und käme nicht wieder. Geht in den Wald, will hier Suizidversuch durch Erhängen gemacht, aber nicht fertig gebracht haben. Von hier ab fehlt ihm jede Erinnerung. Er scheint dann im Walde herumgeirrt und schließlich stundenlang auf der Landstraße gewandert zu sein. Taucht am nächsten Tag in Freiburg bei der Staatsanwaltschaft auf, beschuldigt sich dort — wohl sicher zu Unrecht, aber so glaubhaft, daß es nach Monaten zur mündlichen Verhandlung vor dem Reichsgericht kommt — des Hochverrats während einer früheren Tätigkeit auf dem Ysteiner Klotz vor mehreren Jahren. Läßt sich ruhig verhaften, sitzt im Untersuchungsgefängnis zwei Tage still, viel weinend, ohne sich zu beschäftigen, läßt sich dann vor Untersuchungsrichter führen, erklärt, von den ganzen letzten Tagen (mit Suizidversuch) nichts zu wissen. Selbstbeschuldigung sei unwahr. Seitdem ruhig, gleichmäßig, geordnet.

Fall II.

G. Z. 28 Jahre.

Hysterischer Psychopath von mäßiger Begabung.

Nach vielen vergeblichen Versuchen schließlich Kaufmann. Kurz vor dem Bankerott plötzlich erregt, beschimpft Eltern, sie seien an allem schuld, und obwohl diese versprechen Schulden zu bezahlen, reist er ab. Treibt sich Monate in allen Hauptstädten der Welt herum, begeht Hochstapeleien, fällt aber äußerlich nur durch sein unruhiges Wesen auf. Schließlich nach $4^1/_2$ Monaten „wacht er plötzlich auf“, geht in Wien zum deutschen Konsul, der ihn heimschickt. Angeblich absolute Amnesie von Auseinandersetzung mit Eltern an.

Infektionsdelirien.

Der Besprechung der hysterischen und der epileptischen Bewußtseinstrübungen möge zunächst die der Infektionsdelirien folgen. Wir unterscheiden dabei zweckmäßig mit Bonhoeffer erstens epileptiforme Erregungszustände, die gewöhnlich von einer stuporösen Phase gefolgt sind, zweitens halluzinoseähnliche Bilder, drittens die eigentliche Amentia.

Die leichtesten Formen der Fieberdelirien knüpfen an Erscheinungen an, die den meisten Menschen aus eigener Erfahrung geläufig sind: allgemeines Unbehagen mit Reizbarkeit und Überempfindlichkeit gegen Außenreize, motorische Unruhe, Eingenommensein des Kopfes und Kopfweh, Schlafstörungen mit verworrenen ängstlichen Träumen. Schon hierbei vermischen sich Schlafen und Wachen oft in sehr quälender Weise; die Traumbilder wollen auch bei offenem Auge nicht verschwinden, obwohl die Kranken ihnen gegenüber noch eine gewisse Kritik besitzen. Greift die Bewußtseinstrübung tiefer, so kommt es zu Illusionen und Halluzinationen und damit bei Zunahme der Unruhe zu bunt wechselnden Delirien. Gewöhnlich ist die Erregung ängstlich gefärbt. Die Kranken werden von phantastischen Vorstellungen gequält, die sich in inkohärenter Weise schnell ablösen; sie glauben sich vergiftet, verfolgt, von Feuer und Wasser angegriffen, sollen gevierteilt, geköpft, vom Mond auf die Erde herabgestürzt, lebendig begraben werden; auf der Straße ist ein Pferdegetrappel, im Zimmer sind viele Leute, die die Patientin holen wollen, Kinder kommen herein, überschütten sie mit Wäsche, ein Schornsteinfeger baut sich vor ihr auf mit Leiter und Besen, der schwarze Staub will sie ersticken, sie muß ihn allen überschlucken; es ist ein Gasgeruch da; in der Jacke sind tausend Löcher, im Leibe ist alles verfault, die Leute haben die Patientin verrückt gemacht, der Mann hat sie halb umgebracht, nebenan schreit die Mutter, die gemartert wird. Es ist alles verloren, das ganze Land ist untergegangen, „und daran bin ich schuld". Die Wärterin ist des Teufels Großmutter, der Arzt der Kaiser. Alles im Saal ist Komödie. „Wenn nur der Pastor hier wäre, der würde mich gerettet haben." In ihrer Angst drängen die Patienten aus dem Bett, an die Tür, zerbeißen sich die Finger, raufen sich die Haare, spucken und schlagen die Umgebung. In buntem Wechsel mit Verfolgungsideen tauchen Größenvorstellungen auf: Besitz von Millionen, amerikanische Erbschaft, Beförderung zum General, die Patientin ist die Mutter Gottes, sie hat die Welt erlöst, Engel umgeben sie, Gott spricht mit ihr.

Beim gewöhnlichen Fieberdelir läßt die Erregung nach einigen Stunden oder höchstens nach einigen Tagen nach. Daß während ihres Bestehens die Orientierung vollkommen aufgehoben ist, versteht sich nach der bisherigen Schilderung von selbst; die vorgestellte Situation pflegt aber nicht wie beim Alkoholdelir der gewohnten Alltagsbeschäftigung entnommen und einigermaßen stabil zu sein, sondern ständig zu wechseln. Ein ähnlicher Unterschied besteht für die Sinnestäuschungen (vgl. dort), die am häufigsten Fliegen, Herabsinken etc. betreffen und nicht so suggestibel sind wie die Halluzinationen der Alkoholisten (Bonhoeffer). Wohl aber handelt es sich auch hier gewöhnlich um kombinierte, szenenhafte Sinneserlebnisse.

Das Kommen und Gehen dieser psychotischen Erscheinungen geht insbesondere bei Kindern oft genau dem Steigen und Fallen der Temperatur pa-

rallel, und so fällt das Maximum der Störungen gewöhnlich in die Abendstunden (Bonhoeffer).

Geht das Fieberdelir unmittelbar in psychische Gesundheit über, so besteht zumeist nur eine verworrene, traumhafte Erinnerung an die Psychose, und die Kranken gelangen fast immer schnell zu völliger Einsicht für die geäußerten Wahnideen. Nur ausnahmsweise bleibt ein Residualwahn zurück.

In schweren Fällen folgt der erregten Phase ein stuporöser Zustand, in dem die motorische Unruhe und die Angst fehlen, die Unorientiertheit dagegen fortbesteht, und sich zu ihr nun verlangsamte Reaktionen mit Neigung zum Haften und unter Umständen Flexibilität, aphasische und apraktische Störungen sowie Merkfähigkeitsdefekte und Konfabulationen hinzugesellen. Außer Flexibilitas kommen auch negativistische Erscheinungen und Stereotypien vor.

Eine Beziehung dieser Zustände zu epileptischen Symptomenbildern ist, wie Bonhoeffer betont, auch dadurch gegeben, daß namentlich Kinder auf das Ansteigen des Fiebers gelegentlich mit epileptischen Anfällen reagieren.

Bei sehr schweren Infektionen (Typhus, Sepsis) sieht man bekanntlich nicht selten sogenannte mussitierende Delirien mit Flockenlesen und schwerster Benommenheit, die schließlich in Koma übergehen.

Beispiel:

F. B., geb. 5. Juli 1873.

Lungenentzündung. Vom 3. Tage an Verwirrtheitszustände mit lebhaftem, zusammenhanglosem Sprechen, Schreien, Umsichschlagen, Lachen, Singen, Weinen. Patientin sah Gestalten, Soldaten, die sangen, Tiere, die sie überfallen wollten, an den Wänden Staub, Fliegen etc.

Aufgenommen am 3. Tage. 15. VI. 1915. Gehlsheim.

Patientin liegt ruhig zu Bett, macht einen körperlich ermatteten Eindruck, spricht viel in einem etwas singenden Tone, so, als wenn sie noch im Halbschlaf wäre: „Ich habe die Kraft nicht, die Haare auseinander zu bringen, auf dem Kopf ist es wie eine Bleiplatte. Auch das Mundwerk ist wie Blei. Die Sprache ist weg. Die Schwäche hat irgend etwas im Körper losgelöst, das ist nun nicht gezügelt. Von August an ist leise, leise so etwas entstanden. Es ist etwas vorgegangen in meinem Körper, ich weiß nur nicht, was. Meine Brüste sind mutlos geworden, sie können nicht allein helfen. — Das Wort muß immer in Bewegung sein mit hundert Tönen und Worten. — Ich habe meinem Mann das ganze Vermögen in einen Topf geschmiert. — Es ist gut, daß Sie gekommen sind, ich wäre sonst kein Weib geblieben. Ich wollte arbeiten für meine Knaben, das sollten Herren werden und keine Bummler, ich wollte sparsam sein. Die eine Hand hat gewollt, die andere nicht.

Über die Sinnestäuschungen berichtet sie (z. T. nachträglich):

Manchmal waren es tanzende Kinder, die waren lieblich und haben mich erfreut. Dann hat mich etwas erdrückt, es war wohl ein Eisenklumpen. Es waren Mädeln, die Ringelreihen tanzten. Oft kam ein Rieseln, als wenn ich mit Regen betropft würde; als wenn es Mücken wären, kam es einmal; als wenn ein Schornsteinfeger da wäre. Manchmal war ein toller Wind, der sagte: kusch, kusch. —

Sie habe die Stimmen um sie lärmen gehört, als sie schlief. Ich hörte jeden Ton, sie sagten, sie müßten auf alles gefaßt sein in Ängsten und Sorgen.

Zeitlich und örtlich ist die Patientin nicht orientiert. Sie glaubt, es sei Morgen, sie müßte frühstücken und ihre Knaben zur Schule schicken. Dann aber weiß sie ganz gut, daß sie mit dem Wagen in die Anstalt gebracht worden ist. — Bei der Beantwortung mancher Fragen kommt es einem vor, als plappere sie nur die Worte so daher, ohne jeden Denkvorgang.

18. IV. Ruhiger und klarer. Angaben über ihre Vergangenheit macht sie richtig und zeigt keine Gedächtnislücken; Merkfähigkeit noch schwer gestört, sie gibt an, daß

ihr Mann wöchentlich 24 Mark verdient habe, kann aber dann nicht ausrechnen, wieviel er im Monat verdient hat, weil sie während des Rechnens die Aufgabe vergißt.

Patientin ist gut örtlich und zeitlich orientiert, ist psychisch viel freier, es bleibt ein Rest von Benommenheit und Merkschwäche.

Körperlich zusehends erholter. Frischere Farben und gesunden Appetit und Schlaf.

24. VI. Es besteht jetzt vollkommene Krankheitseinsicht.

27. VI. Geheilt entlassen.

Die zweite, von Bonhoeffer abgegrenzte Form der Infektionspsychosen unterscheidet sich von der ersten ähnlich wie die alkoholische Halluzinose vom Delirium tremens (s. u.); die Orientierung bleibt erhalten, und die Wahnbildungen erfahren eine gewisse Systematisierung, die bei der Inkohärenz der eben besprochenen Delirien natürlich nicht möglich ist. Bonhoeffer sah solche Halluzinosen bei Pleuritis und Lungentuberkulose, Knecht bei Variola.

Die dritte Form, die eigentliche Amentia, knüpft an die erste an, unterscheidet sich von ihr aber dadurch, daß die Benommenheit hinter der Inkohärenz zurücktritt, und daß die motorischen Äußerungen über ein bloßes Beschäftigungsdelir und eine jaktationsartige Unruhe hinausgehen (Bonhoeffer). Kraepelin definiert die Amentia als die akute oder subakute Entwickelung einer traumhaften Verworrenheit mit illusionärer oder halluzinatorischer Verfälschung der Wahrnehmungen und motorischer Unruhe. Es ist das die Form, die Fürstner als „akute halluzinatorische Verworrenheit" bei Wöchnerinnen beschrieben hatte, und die lange Zeit auf alle möglichen Ursachen, insbesondere aber auf die Erschöpfung zurückgeführt wurde. Heute scheint es, als ob sie ohne infektiöse oder toxische Ätiologie nicht vorkäme, wobei die Toxine allerdings häufig im Körper selbst gebildet werden (s. u.). Die Psychose beginnt mit Schlaflosigkeit, motorischer Unruhe und Angstgefühl; allmählich werden die Kranken benommen, verwirrt und ratlos. Alles erscheint ihnen verändert, vertauscht, verwechselt, eine „Affenkomödie", die Orientierung geht vollkommen verloren, und die Kranken werden ein Spiel inkohärenter Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, deren Affektbetonung ihrem Inhalt entspricht (Stransky). Die Patientin ist schon längst tot, sie hat die Welt erlöst, ihr Mann soll kommen, sie hat Nerven und will ihren Verstand behalten, deshalb muß sie auf die elektrische Klingel drücken. Im Zimmer brennt es, der Leichenwagen hält vor der Tür, um die Kranke abzuholen. — Verhältnismäßig oft besteht ein gewisses Krankheitsgefühl. Begleitet werden diese Erscheinungen von sensorischer Hyperästhesie, motorischer Unruhe und sprachlicher Erregung (Neigung zu Reimen, Alliterationen), die in Verbindung mit der Inkohärenz an Ideenflucht erinnern und eine Manie vortäuschen können.

Die Differentialdiagnose kann im Einzelfall besonders deshalb recht schwer werden, weil sich auch bei manisch-depressiven Kranken die Erregungen gelegentlich an Temperaturerhöhungen anschließen und dann ausnahmsweise einen verworrenen Charakter annehmen. Deshalb ist zu beachten, daß die Stimmung bei der Amentia mehr weinerlich als verdrießlich und mehr kindisch heiter als ausgelassen zu sein pflegt (Kraepelin), sowie daß sich in die motorische Erregung häufig katatonische Züge (Verbigeration, Grimassen, rhythmische, stereotype Bewegungen, Mutazismus) mischen bezw. mit ihr abwechseln (Bonhoeffer). Wo sich diese Symptome häufen, spricht Bonhoeffer mit Recht von einer katatonischen Form der Fieberamentia. Die Unter-

scheidung dieser Zustände von denen der Schizophrenie ist auf Grund der psychischen Symptome allein häufig unmöglich; sie ist aber auch sonst schwer, weil die Dementia praecox nicht selten während einer fieberhaften Krankheit manifest wird oder gar selbst mit einer Temperatursteigerung beginnt. (vgl. S. 243.)

Was den Verlauf angeht, so wird die volle Höhe der Erkrankung gewöhnlich erst nach ein bis zwei Wochen erreicht; dabei treten schon im Beginn tiefe Remissionen auf, und der Verlauf zeigt auch nachher erhebliche Schwankungen. Fast regelmäßig verschlimmern sich die Delirien des Abends und in der Nacht.

Die Heilung tritt frühestens nach einem Monat ein.

Eine besonders schwere Form von Amentia, die sich auch durch den ungünstigen Ausgang von den gewöhnlichen Fällen unterscheidet, ist das Delirium acutum, bei dem sich die Kräfte des Kranken unter heftigen deliranten Erscheinungen erschöpfen, bis der Tod eintritt. Gewöhnlich werden vorher noch Rindenreizerscheinungen beobachtet.

Beispiel:

Zustandsbild bei Amentia. Puerperium. Leichtes Fieber. Fühlt sich vergiftet. Roch Gas. Es brenne. Feuer. Will Fenster aufmachen. Männer kommen auf sie zu. Hat Millionen, will sie verschenken, sehr schreckhaft. Rauft Haare, beißt Finger, schlägt mit Faust auf Bein, sie ist eine Verworfene, sei schon tot, Leichenwagen sei da.

„Geben Sie einmal den Ring da her. Nehmen Sie Blumen weg, sie sind giftig.“ Betet Vater Unser. Ruft Fritz, Fritz. Der steht draußen vor der Tür. Man solle sie öffnen. Kind sei längst tot, gehöre ihr nicht mehr. Beschuldigt sich, mit anderen Männern verkehrt zu haben. Sie sei heilige Maria, sei tot, habe Welt erlöst, solle umgebracht werden, Mann soll kommen, sie wolle Verstand behalten, Blumen — Gift — jetzt Wasserteich aufgestellt — die dort, sieht aus wie eine Mutter — ich höre ihre Stimme.

Ich vergesse alles wie mit der Flugmaschine von dem Schrader, mit meinem Mann, der ist wohl schon in der Nervenklinik, nein, er ist tot, oder dem Fritz, dem gibt er höchstens eine Blume, sonst erschrecke ich.“

Verkennt Personen. Kaiser, Teufels Großmutter. Angst. „Ja, alles ist schwer wie Salz.“

Alles sei verfault in ihrem Leibe. Habe Fieber gehabt und sei von Leuten verrückt gemacht worden, deshalb müsse sie Hände aneinander reiben. Ich kann nicht schlafen — mein Mann hat mich halb umgebracht — da schreit meine Mutter — ich werde wahnsinnig, tobe. Ihr sei die Kraft übergeben worden und sie habe sie Mann übergeben. Jetzt sei sie im Himmel. Verbigeriert. Zerreißt, beißt, spuckt, schlägt. Hört Wagen im Hof, spricht von Geld, Millionen, macht große Geschäfte, kauft große Güter, hört Pferdegetrappel, betet Lieber Gott, sieht Engel, macht allerlei „Teufelskram“ mit. Reimt. Hört läuten, der Vater spräche aus der Wand. Hat 104 Millionen aus Amerika geerbt, will Chausseen bauen.

Beispiel:

H. W. aus Sülze, Pastorenfrau.

Geb. 20. IV. 1882.

Vor 7 Jahren nervös, klagte viel über Kopfschmerzen. Auf Mastkur Besserung. Vor 5 Jahren erste, vor 3 Jahren zweite Schwangerschaft. War während derselben reizbar. Am 2. X. 12. Partus. Schon in Schwangerschaft Klagen über Druck auf Kopf und labile Stimmung. Partus spontan. Neun Tage p. partum Fieber infolge Mastitis, die jedoch schnell zurückging. Dann plötzlich hohes, (bis 40,2) remittierendes Fieber, deshalb in medizinische Klinik, wo Zystitis und Pyelitis festgestellt wurde, die aber rasch zurückgingen. Am 13. I. Erregungszustand mit Verwirrtheit, lautem Singen und Beten, Verkennung der Umgebung. Dann ruhig und psychisch frei bis gestern, wo wieder starke Erregungszustände auftraten. Patientin betete laut, sang, weinte, lachte, schrie zwischendurch aus

Leibeskräften. Fürchtete, man wolle sie lebendig begraben, sah Lichter, glaubte dann wieder im Himmel zu sein. Dabei deutliche Stereotypien in Sprache und Bewegungen.

Oktober 19.

Abends spät eingeliefert. Nachts trotz mehrfacher Injektionen von Skopomorphin mit geringen Unterbrechungen motorisch unruhig und sehr laut.

Patientin wird beständig von Sinnestäuschungen in Anspruch genommen, meist des Gehörs, aber auch des Gesichts, welche ihren Gedankengang beständig unterbrechen. Daneben Personenverkennung und Beziehen von Äußerungen der Umgebung auf die eigene Person. Die Stimmung wechselt oft und rasch mit dem Inhalt der Halluzinationen; bald lebhafte Ängstlichkeit mit Abwehrbewegungen, bald heitere Erregung mit Singen und Lachen. Patientin zu fixieren und zutreffende Antworten zu erhalten, ist nicht möglich. Stichprobe aus den Reden: „Sie haben mich hypnotisiert, mir den Sinn verwirrt durch Getränk. Mein lieber Hans, mir war, als ob ich deine Stimme hörte. Ich bin doch so klug, ich sterbe noch lange nicht. Durch Herrn Professor bin ich in die Hölle gekommen."

Schreit häufig gellend auf; während des Redens in ständiger Bewegung, schlägt mit den Armen umher, schüttelt den Kopf, wirft den ganzen Körper hin und her, wiederholt einzelne Bewegungen sehr oft; liegt plötzlich still, schaut aus weitgeöffneten, glänzenden Augen in die Höhe, als ob sie etwas Schönes sähe, ruft: „O mein Gott, Gott, mein Gott." Spricht ununterbrochen, sobald die Wirkung des Beruhigungsmittels nachläßt.

Nahrungsaufnahme sehr erschwert, bisweilen gelingt es, eine Quantität Milch einzuflößen, meist beißt die Patientin die Zähne zusammen, schüttelt den Kopf, so daß oft nichts beizubringen ist.

21. X. Etwas ruhiger, sonst unverändert, halluzinierend, verwirrt: „Ich kenne Sie nicht, Sie haben alle andere Gesichter. Im Namen Gottes, Sie können mir nie etwas antun. Sie sind gelähmt. Wo ist Hans? Wenn er Schuld hätte, könnte ich Gott nicht sehen. Hansing, Hansing, ich sehe Gott, ich lebe, Tote können nicht sprechen."

Nach 7 Tagen. Sondenfütterung. Begrüßt den Arzt als Teufel, er habe sie hypnotisiert. Sehr unruhig.

„Wenn ich immer so versucht werden soll, wie Christus, dann muß ich glauben, daß ich Christus bin. Die Stimme meines Vaters hat durch die Wand gesprochen."

Nach 14 Tagen zeitweise klarer, weint dann, daß sie schwer krank sei und hohes Fieber habe; Personenverkennung dauert fort.

Erhöhte Tempertur bis 39 Grad. Mastitis. Auf Inzision reichlich Eiter entleert.

Spricht von ihrem Mann (Hans), Christus und dem „Versucher", zuweilen in rhythmischer Sprechweise.

Nach einem Monat sucht sich Patientin in der Umgebung zu orientieren, kennt noch niemand.

Nach 5 Wochen Besuch des Ehemanns, den sie erkennt und dem sie einige zutreffende Antworten gibt. Patientin ist zeitweise klarer, sauberer, hat weniger Sinnestäuschungen.

Nach 7 Wochen. Zeitweise noch Angst, Sinnestäuschungen. Rascher Stimmungswechsel; streckt zunächst dem Arzt freundlich lächelnd die Hand entgegen, stößt ihn bald darauf plötzlich mit allen Zeichen der Angst zurück. Ratlos, fragt „was ist denn eigentlich los?"

Nach 2 Monaten. Stimmung wechselnd, bald heiter, zu Scherzen aufgelegt, bald zum Weinen geneigt. Orientierung mangelhaft, Erinnerung für die letzte Zeit ungenau, halluziniert weniger.

Patientin erzählt weiter, sie habe nachts eine Stimme gehört, die aus dem Kleiderschrank zu kommen schien, auch scheltende Stimmen.

Nach drei Monaten. Ruhig, fügsam, geordneter in den Reden. Unterhält sich, geht spazieren. Nach 5 Monaten geheilt entlassen.

Differentialdiagnose.

Das Kollapsdelir[1]), das Kraepelin früher von den Fieberdelirien zu trennen versucht hat, und das nach Abfall der Temperatur beobachtet wird,

[1]) Den Namen Kollapsdelir wird man heute schon deshalb fallen lassen müssen, weil wir wissen, daß die Erschöpfung allein keine Psychosen auslöst.



wird sich symptomatologisch kaum von den oben beschriebenen Fieberpsychosen trennen lassen. Man beobachtet nach Abfallen des Fiebers genau dieselben Krankheitsbilder — epileptiforme Erregungen, Delirien, Dämmerzustände, Amentiaformen — wie im Beginn und auf der Höhe des Fiebers (Bonhoeffer).

Überhaupt erscheint der von Kraepelin folgerichtig durchgeführte Versuch, die zuletzt besprochenen Zustandsbilder nach ätiologischen Gesichtspunkten in Gruppen zu teilen, nach Bonhoeffers Untersuchungen nicht mehr sehr aussichtsvoll. Wir können selbstverständlich am Krankenbett ein Typhus- und ein Scharlachdelir auseinanderhalten, aber die Kriterien dieser Differentialdiagnosen sind nicht in dem psychischen Verhalten der Kranken gelegen. Ebenso steht es mit der Unterscheidung von infektiösen und Fieberdelirien und von den Bewußtseinstrübungen, die während des Fiebers oder aber nach dessen Abfall auftreten. Da die Erscheinungen aller dieser Zustände eine ziemliche Variationsbreite besitzen, werden mehrere, unmittelbar nacheinander gesammelte Krankenbeobachtungen natürlich soweit voneinander abweichen, daß die Versuchung zu einer ätiologischen Differenzierung naheliegt. Bei einer längeren Beobachtungsreihe jedoch, wie sie Bonhoeffer nicht nur bei Infektionskrankheiten, sondern auch bei toxischen Zuständen sonst gewonnen hat, stellt sich heraus, daß die besondere Gestaltung des Zustandsbildes von der Eigenart der auslösenden Ursache im großen und ganzen nicht abhängt. Ja, wir werden den Kreis der in Betracht kommenden ätiologischen Möglichkeiten, die gleiche klinische Bilder verursachen können, sogar noch weiter ziehen müssen, als es schon geschehen ist. Auch Allgemeinkrankheiten wie die Karzinomkachexie und die perniziöse Anämie führen zu ähnlichen Psychosen wie die Infektionskrankheiten und bestimmte Vergiftungen. So sind wohl die meisten von den älteren Behauptungen über Kollapsdelirien und ähnliches zustandegekommen; auch in diesen Fällen hat ein autotoxisches Zwischenglied zwischen der Grundkrankheit und der Psychose gestanden (vgl. darüber auch im speziellen Teil den Abschnitt über symptomatische Psychosen).

Urämie und Eklampsie.

Fast rein epileptische Färbung zeigen die Bewußtseinstrübungen, die wir bei gewissen Selbstvergiftungen des Körpers beobachten. Gegenannt seien hier nur die Urämie und die Eklampsie.

Die Urämie leitet sich nach allgemeinen Prodromen, in denen zumeist schon ein gewisser Grad von Benommenheit nachweisbar ist, häufig mit Ohnmachten oder epileptischen Anfällen ein und führt schließlich zu schwerem Koma oder zu epileptiformen Erregungen. Die Kranken werden inkohärent, unklar, verwirrt, unorientiert; die Auffassung ist getrübt, die Aufmerksamkeit und das Kombinationsvermögen sind schwer gestört. Die Stimmung ist zuweilen euphorisch, zumeist aber moros, ablehnend oder ängstlich; sie wird zum Teil durch subjektive Beschwerden (Kopfweh, Gefühl der Leistungsunfähigkeit), zum Teil wohl auch durch die Sinnestäuschungen beherrscht, die vornehmlich auf dem Gebiete des Gesichts und des Gehörs auftreten. Im Zimmer sind fremde Menschen, die Kranken hören singen und musizieren, man will sie umbringen, vergiften, ihre Hinrichtung wird vorbereitet. Dazu besteht oft starke motorische Erregung, entweder in Form des Beschäftigungsdelirs

oder wie bei der Epilepsie als sinnloses Fortdrängen, Brüllen etc. — Die Analogie zu den epileptischen Psychosen erstreckt sich übrigens auch auf das Verhalten der urämischen Anfälle, die von den epileptischen symptomatologisch nicht zu unterscheiden sind (Bonhoeffer) und wie diese dem Delir vorangehen oder folgen oder es unterbrechen können.

In manchen Fällen treten auch hier die Bewußtseinstrübung hinter systematisierten Wahnbildungen und die szenenhaften Visionen hinter akustischen Sinnestäuschungen zurück, so daß ein halluzinoseähnlicher Zustand entsteht. Auch Amentiaformen werden beobachtet.

Ganz ähnlich sind die eklamptischen Psychosen, die ebenfalls durchaus epileptiformen Charakter tragen. Es überwiegen dabei die Benommenheit, der amnestische Komplex und die Neigung zum Perseverieren, aber auch Ablenkbarkeit und Ideenflucht kommen vor.

Beim Diabetes sind wiederholt ängstliche Delirien als Einleitung des Komas beschrieben worden.

Beispiel:

A. P. 39 Jahre.

Aus der Frauenklinik verlegt. Fünfter Partus. Zwillinge.

19. VI. 1912.

Am Abend Kopfschmerzen. Wenig Urin gelassen. Plötzliche Amaurose. Bei der Aufnahme reichlich Albumen. Keine Ödeme, starkes Schwitzen. 37,7. Desorientiertheit. Halluzinationen auf optischem und akustischem Gebiet. Sensationen. Wechselnder Affekt. Gedächtnis und Merkfähigkeit defekt. Rasche Ermüdbarkeit. Amnesie für Partus. Konfabulationen. Abklingen der deliranten Erscheinungen nach zwei Tagen. Zunehmende Besserung unter Gewichtszunahme. Volle Einsicht. Gedächtnisausfall für Pyschose.

Beispiel:

A. Sch. 51 Jahre.

Im 1. Lebensjahr Hirnhautentzündung. Seitdem athetotische Bewegungen. Seit gestern Erregungszustand.

Bei der Aufnahme delirante Erregung. Sehr abweisend. Verkennt Personen. Stark motorische Unruhe. Drängt sehr nach Entlassung. Vergiftungsideen. Mißtrauisch. Schläft 4 Tage fast gar nicht, dann einige Stunden. Nach dem Schlaf wie umgewandelt. Ruhig, umgänglich; einige Krankheitseinsicht. Sucht alles auf natürlichem Wege zu erklären. Sehr mitteilsam, anspruchsvoll, noch immer mißtrauisch.

R. Facialis = 1. Überinnervation links. — Athetose. Babinski. Urin: $^1/_4$ ‰ Albumen.

Alkoholpsychosen.

Zum Vergleich sollen jetzt — und zwar ohne weiteren Kommentar — die exogenen Vergiftungen, soweit sie Bewußtseinstrübungen bewirken, besprochen und dabei entsprechend ihrer Bedeutung besonders die Alkoholpsychosen berücksichtigt werden.

Pathologischer Rausch.

Experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß bei den meisten Menschen nach einmaligem Genuß von 30—45 g Alkohol (= $^3/_4$—1 Liter Bier) eine Erschwerung der Auffassung, eine Verlängerung der Reaktionszeiten (bei Assoziationsversuchen) und dementsprechend eine Herabsetzung der intellektuellen Leistungsfähigkeit (geprüft an leichteren Aufgaben, Additionen

und dgl.) eintreten. Begleitet werden diese Störungen einmal durch das subjektive Gefühl erhöhter geistiger Frische und Arbeitsfähigkeit und ferner durch eine Erleichterung der motorischen Reaktionen. Bei stärkeren Gaben des Giftes kommt es bekanntlich zuerst zu Koordinationsstörungen und danach zu ausgesprochenen Lähmungserscheinungen.

Bei disponierten Personen beobachtet man an Stelle dieser Veränderungen schwerere Erscheinungen, die man als pathologische Rauschzustände bezeichnet. Die Alkoholintoleranz, die ihnen zugrunde liegt, kann entweder als Symptom einer allgemeinen nervösen Anlage angeboren oder aber im Leben (durch Schädelverletzungen, organische Hirnkrankheiten, Syphilis und endlich durch chronischen Alkoholmißbrauch) erworben worden sein. Am häufigsten sind krankhafte Räusche bei Epileptikern, aber auch manche hysterische, affektepileptische oder sonst psychopathische Patienten neigen zu solchen Erregungszuständen. Der innigen Beziehung zu diesen Grundleiden entspricht es, daß die Kranken in den schwersten Fällen ein Bild bieten, das sich von epileptischen oder hysterischen Dämmerzuständen schwer oder gar nicht unterscheiden läßt. Es kommt zu schwerer Bewußtseinstrübung eventl. mit Sinnestäuschungen und zu sinnloser motorischer Erregung, die sich nicht selten in impulsiven Gewalthandlungen entlädt. Notzuchtsattentate, exhibitionistische und päderastische Handlungen, Brandstiftungen und ähnliches führen die Kranken vor den Strafrichter. Oft macht sich aber die Neigung zu beträchtlicher Erregung auch erst geltend, nachdem die Kranken in irgendwelche Konflikte geraten, ins Krankenhaus oder in die Arrestzelle gebracht worden sind. Leichtere Fälle von pathologischem Rausch zeigen nur eine quantitative Steigerung der gewöhnlichen Symptome der einfachen Betrunkenheit; degenerierte Trinker endlich nähern sich in ihren Räuschen häufig mehr und mehr dem Bilde eines abortiven Delirs, zu dem sich nur die Neigung zu brutalen Gewalttaten als neue Komponente hinzugesellt.

Diagnostisch ist außer dem Verhalten der körperlichen Funktionen (Pupillen, Sehnenreflexe, vgl. speziellen Teil) der Verlauf zu beachten: während einfach Betrunkene, zu Bett gebracht, fast immer bald einschlafen, versagen beim pathologischen Rausch häufig selbst die stärksten Narkotika, und gewisse pathologische Veränderungen, wie eine mürrische, gereizte Stimmung und mangelnde Krankheitseinsicht, bestehen oft noch mehrere Tage nach dem Abklingen der eigentlichen Erregung (Schröder).

Beispiel:

X. Y. 33 Jahre. Aktiver Hauptmann.

Organisch gesund. auch pyschisch im allgemeinen unauffällig. Hat früher zeitweise viel getrunken und viel vertragen. Nur nach starken körperlichen und seelischen Anstrengungen gelegentlich schon in den ersten Leutnantsjahren intolerant. Wurde dann nach wenigen Glas Bier oder Wein aufgeregt, lud alle Welt ein, veranstaltete große Gelage weit über sein Vermögen und wurde schließlich zudringlich gegen Frauen, zumeist Kellnerinnen, einmal auch gegen eine Dame. Nicht homosexuell. Seit 8 Jahren luetisch, vorübergehend Reflexdifferenzen. Seit der Infektion Intoleranz häufiger, deshalb im allgemeinen abstinent. Jetzt an Sommeschlacht teilgenommen, körperlich und seelisch sehr angestrengt. In Ruhestellung zurückgekommen, lädt er seine Offiziere zu Gelage ein. Wein und Sekt. Nach etwa 4 Stunden, nachts 1 Uhr faßte er plötzlich Leutnant D. in die Hose und bietet ihm Koitus an; als der sich ihm entzieht, dasselbe Verhalten gegenüber einem Vizefeldwebel und schließlich gegen Ordonnanz. Als Ordonnanzen sich deshalb vor ihm

einschließen, tobt er und will Tür einschlagen. Geht dann zu einem Leutnant ans Bett, bittet, sich zu ihm legen zu dürfen. Der hält ihm Revolver vor und sagt ihm, er solle heimfahren, der Wagen warte schon lange. Man bringt ihn nach Hause, legt ihn ins Bett; tiefer Schlaf. Am nächsten Tage leichter Kater, völlige Amnesie, bis auf den Augenblick, wo er nach der Uhr gesehen und gesagt hat: „Ja wirklich, es ist schon 4 Uhr, ich wollte doch um zwei fahren." Alles andere ist vollkommen ausgelöscht. Macht, als er von Benehmen hört, Selbstmordversuch.

Delirium tremens.

Vom Delirium tremens haben wir ein wichtiges Symptom bei der Besprechung der Sinnestäuschungen schon kennen gelernt. Sie verbinden sich außer mit körperlichen Störungen (vergl. im speziellen Teil) mit Aufmerksamkeits- und Merkschwäche, Konfabulationen, Inkohärenz und Angst. Auf der Mischung dieser Symptome beruht der Eindruck der Bewußtseinstrübung in der durch die Unorientiertheit bedingten besonderen Färbung.

Eine nähere Analyse der Krankheit, wie wir sie Bonhoeffer verdanken, hat recht charakteristische Eigenheiten ergeben und zugleich gezeigt, wie wenig dieses „Delir", bei dem manche Autoren charakteristischerweise die Bewußtseinsstörung ganz geleugnet haben, wenigstens mit dem „benommenen" Bewußtsein zu tun hat. Von einer Verlangsamung der Denkvorgänge ist keine Rede, und wenn man die Kranken energisch anspricht und sie durch eindringliches Fragen eine Zeit lang bei der Stange hält, so fassen sie auch leidlich auf; jedenfalls erweist sich die Wahrnehmung als viel weniger beeinträchtigt, als man nach der mangelnden Orientierung der Kranken vermuten könnte. Abgesehen von Gleichgewichtsstörungen, die häufig vorkommen, ist nur die Reizschwelle für alle Empfindungen erhöht. Infolgedessen beachten die Patienten, wenn man sie sich selbst überläßt, die wirkliche Umgebung wenig oder gar nicht, und gerade darin zeigt sich die Eigenart ihrer Aufmerksamkeitsstörung, die, wie Schröder richtig bemerkt, hier als primäres Symptom aufgefaßt werden muß. Sie unterscheidet sich von der des ideenflüchtigen Denkens eben durch dieses Fehlen der Ablenkbarkeit nach außen; aber sie übertrifft sie noch durch die Flüchtigkeit der innerlich auftauchenden Vorstellungen und durch die vollkommene Unfähigkeit der Kranken, sich aus eigener Kraft zu konzentrieren. Darauf beruht das häufige Versprechen und Verlesen. Untrennbar mit dieser Störung verbunden ist die schwere Inkohärenz: fortgesetzt wechselnde Vorstellungen, die ohne jede Kritik hingenommen werden, führen den Kranken in buntem Erleben bald hierhin, bald dorthin. Dabei zeigen die Vorstellungen, wie immer beim traumhaften Bewußtsein, die entschiedene Neigung, szenenhafte, plastische Gestalt anzunehmen, also zu den charakteristischen Sinnestäuschungen zu werden.

Dieser durch unscharfe Auffassung, Inkohärenz und Sinnestäuschungen erzeugte Eindruck der Verwirrtheit wird nur durch die sehr starke Merkschwäche und durch massenhafte Konfabulationen noch weiter erhöht. Werden die Patienten aber vorübergehend fixiert, so können sie über Ereignisse und Daten, die vor dem Ausbruch der Psychose liegen, überraschend gut Auskunft geben: das Gedächtnis i. e. S. ist beinahe immer erhalten. Um so eigentümlicher



wirkt die Durchflechtung dieser richtigen Angaben mit Konfabulationen und den Erinnerungen an Sinnestäuschungen.

So erzählte uns ein Patient ganz zutreffend von den Ereignissen der letzten Tage vor Ausbruch des Delirs, fuhr dann aber plötzlich fort: die Heringe (die er tatsächlich gekauft hatte) seien auf einmal aus dem Netz herausgefallen, am Boden herumgekrochen, immer mehr geworden, er habe sich gar nicht retten können, habe sie zertreten, aber zum Kopf und zum Schwanz seien der Rumpf, zum Rumpf der Kopf und der Schwanz ganz schnell nachgewachsen, und so sei er schließlich von Hunderttausenden von Heringen umgeben gewesen, die sich ganz schnell um ihn bewegt hätten. Dazu seien Kröten aus allen Ecken gekommen, die immer größer und größer geworden seien. Derselbe Patient — ein Wirt — beklagte sich, daß die Wand immerzu „Schiebewand" spiele und der Arzt immer mit dem Kopf wackle, und ein paar Stunden später wühlte er auf der Abteilung sichtlich geärgert auf der Bettdecke herum und erklärte, jetzt seien die ganzen Bestecks so dreckig, daß sie am Tischtuch festklebten; sein „Ölgemälde", so nenne er seine Frau, sei ein Schwein, die habe sie eben nie mehr geputzt.

In den wahnhaften Auffassungen überwiegen beunruhigende, ängstliche Erlebnisse von phantastischer Färbung. Fortgesetzt kommen Leute herein mit Körben voll gestohlener Sachen; unter dem Bett sind Vögel, die zwitschern und darüber reden, daß der Kranke „„dieser alte Saufaus", hingerichtet werden soll; der Arzt ist schon nebenan mit einem großen Messer, um den Patienten lebendig zu sezieren; der Staatsanwalt schickt den Vorsitzenden vom Blauen Kreuz, um ihn wegen eines Notzuchtsattentates zu vernehmen; die Kinder sind alle verbrannt, die Frau ist im Bordell, rund herum ist Krieg, Kanonendonner und Blitzen; die Sozialdemokraten kommen durch die Wand, um sich an ihm für seinen Abfall zu rächen; unter dem Bett liegt Dynamit, wenn der Arzt die nächste Einspritzung macht, wird das ganze Haus in die Luft fliegen; der Vater wird beerdigt, und plötzlich stürzen sich alle Saufkumpane auf den Kranken, um ihn mit in das Grab zu werfen.

Am auffallendsten im Bilde des Delirium tremens ist die Störung der zeitlichen und räumlichen Orientierung, die „totale Verfälschung des Bildes der Außenwelt" (Wernicke), die hier nicht rein negativ, durch den Mangel an richtigen Wahrnehmungen (wie im Koma und in der Benommenheit), sondern nur durch positive Störungen (Sinnestäuschungen, Konfabulationen, traumhafte Wahnbildungen) erklärt werden kann. Deliranten sind nicht bloß unorientiert, sondern falsch orientiert (Schröder), sie verkennen nahezu immer ihre Umgebung, glauben im Wirtshaus, an dem Orte ihrer Arbeit oder zu Hause zu sein. Sie erkennen in den Ärzten und Pflegern alte Bekannte wieder und üben häufig an sehr unzulänglichen Phantomen ihre frühere Tätigkeit aus; Kutscher glauben zu fahren, Tischler zu hobeln, Maler zu malen u. s. f. Begünstigt wird der Ausbruch eines solchen Beschäftigungsdelirs natürlich auch durch die große motorische Unruhe. Typisch ist, daß die szenenhaften Bilder, die den Kranken umgeben, und die traumhaften Wahnbildungen, die in ihm auftauchen, trotz der auffallendsten Widersprüche ohne jede Kritik hingenommen werden. Darauf beruht zum Teil die weitgehende Ähnlichkeit zwischen deliranten und den Erlebnissen des normalen Traumes. Wie bei diesem kommt es auch hier niemals zu einer wahnhaften Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins, und wie Kraepelin betont, lassen sich die Kranken darüber, wer und was sie sind, auch nichts einreden, während sonst Sinnestäuschungen sowohl wie Konfabulationen gerade beim Delir außerordentlich

suggestibel sind. Zu fixierten Wahnideen und Systematisierungen kommt es infolge der Inkohärenz naturgemäß nicht; immerhin wird die Situation, die den Hintergrund des Beschäftigungsdelirs bildet, oft durch die ganze Psychose oder wenigstens für Stunden festgehalten.

Charakteristisch ist ferner die eigentümliche Stimmungslage der Deliranten, die nach außen ein jovial-humorvolles Wesen zur Schau tragen, dem Kundigen aber fast immer eine gewisse innere Unruhe und Angst verraten. Zum Teil mag es sich dabei um eine wirkliche Mischung zweier gegensätzlicher Stimmungslagen handeln, zum Teil aber ist die Neigung zu Witzen und dergleichen auch auf den Versuch beinahe aller geängstigten Kranken zurückzuführen, die Umgebung über ihre innere Spannung hinwegzutäuschen. Immerhin sei darauf hingewiesen, daß verwandte Zustände bei anderen organischen Hirnkrankheiten, wie besonders beim Hirntumor, auch vorkommen.

Die Dauer des Delirs beträgt zwei bis höchstens zehn Tage, dann tritt gewöhnlich ein tiefer Schlaf ein, aus dem die Kranken klar, wenn auch etwas schwerbesinnlich erwachen. Die Merkfähigkeitsstörung dauert länger; während sie schwindet, berichtigen die Patienten mit wenigen Ausnahmen (Residualwahn, vgl. S. 178) ihre Erinnerungen an die wahnhaften Erlebnisse.

Die Diagnose des Delirium tremens ist meistens sehr leicht. Da fast immer (80—90 % der Fälle) etwas Fieber besteht, der Puls beschleunigt ist und im Urin Eiweiß ausgeschieden wird, so kann gelegentlich eine Verwechslung mit Fieberdelirien vorkommen; außerdem leiten sich die Paralyse und die Schizophrenie (allerdings wohl nur bei gleichzeitigem Alkoholmißbrauch) zuweilenich mit deliranten Episoden ein. Ernstliche Schwierigkeiten entstehen nur da, wo eine Komplikation von Epilepsie mit schwerem Alkoholmißbrauch vorliegt. In übrigens seltenen Fällen dieser Art mengen sich dem epileptischen Dämmerzustand delirante oder umgekehrt dem Delirium tremens epileptische Züge bei, und da auch bei reinem Delir in etwa 10 % der Fälle epileptische Anfälle vorkommen, kann gelegentlich die Diagnose im Augenblick in der Tat unmöglich werden.

Beispiel:

Delirium tremens.

Z. geb. 1877. Aufnahme 1915.

Große motorische Unruhe. Tiefe Bewußtseinstrübung offenbar mit zahlreichen Sinnestäuschungen. Es gelingt nicht, den Patienten zu fixieren. Beschäftigungsdelir. Patient fährt mit den Händen unruhig auf der Bettdecke umher, ruft Namen, bezieht die Umgebung mit in seine Sinnestäuschungen ein.

In der Nacht unruhig, schlägt Mitpatienten, ruft laut, geht umher, will zur Tür hinaus. Gibt sein Alter richtig an, bezeichnet die Wärterin als seine Tochter.

Im Laufe des Tages freier.

Beschäftigungsdelir, sortiert Früchte, mäht auf der Wiese, melkt Kühe, liest einen Brief auf weißem Papier, glaubt, er sei in seinem Amtszimmer. Suggestibel. Will Russen gesehen, Hund bellen gehört haben. Im ganzen traumhaft benommen.

3. Tag.

Stimmung humorvoll. Sei hier, weil er zu viel getrunken habe, „das wollen wir nun lassen". Weiß, daß er krank gewesen, nicht, wie er hergekommen; habe zu Hause getobt, daß seine Frau Leute holen mußte.

Habe Kanonen schießen, Glocken läuten hören, Soldaten, Russen gesehen, eine Keilerei mit einem neuen Patienten gehabt, weiß sonst nicht mehr viel. Zeitlich, örtlich

orientiert. Bittet entlassen zu werden, wolle nicht mehr trinken, die Frau weine sich ja halbtot, hat Tränen in den Augen.

Stimmung labil, vorwiegend gemütlich, vorübergehend weinerlich, niedergeschlagen und reuevoll. Nach einem Monat ruhig. Entlassen.

Beispiel:

H. geb. 1875.

Patient hat nachts die Wache alarmiert mit der Behauptung, es sei ein Kerl in seiner Wohnung, der mit seiner Frau harmoniere. Auf dem Transport nach Gehlsheim hat er viel von einem Transportluftschiff und dem Kerl unter dem Bett, Männern in der Garderobe gesprochen, glaubte, er solle zum Polizeikommissar geführt werden.

Bei der Aufnahme euphorisch, orientiert über seine Person; desorientiert über Ort und Zeit, zeitweilig ängstlich, antwortet geordnet. Glaubt, er sei in der Wirtschaft. Nicht suggestibel in bezug auf Sinnestäuschungen. Erhebliche Inkohärenz. Am nächsten Tag noch völlig desorientiert. Leugnet, getrunken zu haben; aber die Frau sei seit acht Tagen in einer Trinkerheilanstalt.

Am 2. Tag.

Ruhiger, hat kein Luftschiff mehr gesehen, gleitet noch in die Bewußtseinstrübung zurück, wenn er nicht fixiert wird.

Am 3. Tag.

Klar, weiß, daß er das Delirium gehabt hat, sehr deprimiert, Katzenjammer.

Habe hauptsächlich Männer gesehen, zweifelt jetzt nicht daran, daß seine Frau ihm treu sei, weint bitterlich.

In den folgenden Tagen vorübergehend gereizt, traurig, daß er wieder getrunken hat, zunehmend freier.

Nach 7 Wochen geheilt entlassen.

Beispiel:

B. geboren 1872.

Patient ist seit zwei Tagen unruhig gewesen, hat die Betten aufgeschnitten und in der ganzen Wohnung zerstreut.

Bei der Aufnahme euphorisch; Mantel, Haar, Bart, dicht mit Federn bedeckt; meint, er sei durch die Dummheit eines jungen Mädchens hierhergekommen, er sei hier in einem geistigen Krankenhaus; schweift ab, meint, es sei Anzeige wegen Betruges gegen ihn erstattet worden, darum sei er wohl hier.

Örtlich und zeitlich unorientiert, meint, wir seien im April 1898 (statt Januar 1916) seit 95 sei Krieg in Europa. Als ihm die richtigen Daten genannt werden, meint er, so habe er sich geirrt oder versprochen, ist nicht erstaunt.

Verspricht sich häufig, spricht vorübergehend wie berauscht, leicht verwirrt vor sich hin, dann wieder ganz klar, wenn er sich ruhig verhalte, werde man ihn wohl wieder gehen lassen, meint plötzlich lauschend, er höre seine Mutter auf der Treppe, sie werde wohl kommen, um ihn zu holen, bückt sich auf die Erde, es ständen dort frische Spickaale, Wurst, Butterbrot. „Wenn Sie gestatten, stelle ich die Sachen dort auf den Eisschrank." Legt seine Bettdecke auf den Tisch.

Er tränke nicht, lebe still zu Hause.

Am folgenden Tag zeitlich noch nicht orientiert, meint, er sei etwa acht Tage hier; die Pflegerin habe silberne Löffel in der Hand, die gehörten ihm. Euphorisch.

Nach acht Tagen ruhiger, noch nicht orientiert, hochgradige Merkfähigkeitsschwäche,

Nach 14 Tagen freier, orientiert. Weiß, daß er das Delirium gehabt hat, habe aber nicht so viel getrunken. Liest, in der Unterhaltung geordnet.

Hat an die Tage vor der Aufahme keine Erinnerung mehr. Aufgeregt sei er nur über das Klavierpiel unten im Hause gewesen.

Alkoholhalluzinose.

Für die Alkoholhalluzinose, den halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker, ist bekanntlich die rasche Entwicklung eines zusammenhängenden Verfolgungswahns, vorzugsweise auf Grund von Gehörstäuschungen, bei

nahezu völliger Klarheit des Bewußtseins charakteristisch. Aber diese Definition gilt nur für die ganz reinen Fälle, und zwischen diesen und denen des Delirium tremens gibt es so viel Übergänge, daß es eine Sache der Willkür ist, ob man das Vorkommen einer tieferen Bewußtseinstrübung bei der Halluzinose ganz bestreiten will oder nicht.

Über das Vorkommen und die Differentialdiagnose der Störung soll im speziellen Teil (Paranoische Erkrankungen und symptomatische Psychosen) gesprochen werden.

Beispiel:

F. N. 41 Jahre. Aufgenommen 8. II. 1913.

Seit Januar 1913 Verfolgungsideen, ließ die Fenster dicht verschließen; seit drei Tagen besonders ängstlich, glaubte, daß unsittliche Bilder an der Tür angebracht seien, meinte, er würde erschossen, bat den Arzt um einen Totenschein.

Glaubt, daß im Büro andere über ihn sprechen, „Schwein, Lump, Schwiegermutterficker"; habe eine Anzeige bei der Polizei eingereicht, dort habe man ihm gleich gesagt, „unsere Messer sind scharf". In der Klinik plötzlich erregt, hört seine Kinder draußen schreien, schlägt eine Scheibe ein; meint, sie würden gequält, umgebracht; spricht dann viel von einem Gericht, das über ihn gehalten würde, hört seine Verurteilung; meint, er werde von einem sozialistischen Verein verfolgt, will in diesen Verein eintreten, um diese Verfolgungen loszuwerden, verkennt andere Kranke und bittet sie um Verzeihung; dann kommen „Beleidigungsanfälle", er meint, er habe Oberpfleger und Ärzte durch unpassende Gedanken beleidigt; dabei noch immer Stimmen, die von seiner Verurteilung reden.

Allmählich ruhig, äußert keine Halluzinationen mehr, macht aber einen gespannten, unfreien Eindruck.

Nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Korssakow.

Eine leichte Bewußtseinstrübung wird man schließlich im Gegensatz zu Korssakows eigener Schilderung auch in den meisten Fällen des amnestischen Symptomenkomplexes (vgl. S. 78) nachweisen können. Die Erinnerungsbilder pflegen, wie wir sahen, langsamer aufzutauchen, und daraus entsteht eine Störung der Auffassung, die zu einer leichten Umnebelung des Bewußtseins notwendig führen muß.

Andere Vergiftungen.

Von anderen exogenen Giften können das Paraldehyd (in sehr hohen Dosen, über 50 g pro die), das Amylenhydrat, das Morphin und das Skopolamin ausnahmsweise Zustände erzeugen, die vom Alkoholdelir rein symptomatologisch nicht scharf unterschieden sind. Das Kokain führt bei einmaliger Vergiftung zu einer rauschartigen Erregung mit heiterer Stimmung, körperlichem Wohlbehagen und dem Gefühl der Erleichterung für alle motorischen Antriebe. Bei der chronischen Kokainvergiftung spielt eine Bewußtseinstrübung keine Rolle.

Die Atropin-Vergiftung, die früher in der augenärztlichen Praxis gelegentlich beobachtet worden ist, äußert sich außer in Appetitmangel, Kopfweh und Schlafstörungen, in Benommenheit und rauschähnlichem Schwindel. In schweren Fällen treten auch hier Erregungszustände mit Sinnestäuschungen auf, die stunden- oder tagelang anhalten können.

Eigenartig ist die Bewußtseinstrübung, die aus Kohlenoxydvergiftungen hervorgehen kann. Auch sie besteht in einer rauschartigen Erregung, ist aber seltener mit Sinnestäuschungen als mit ängstlichen Vorstellungen, Verfolgungsideen, sehr heftiger Aufregung verbunden. Zwischen die anfängliche Bewußtlosigkeit und das Delir kann sich ein freies Intervall einschieben.

Bei der Mehrzahl der übrigen exogenen Gifte (z. B. Blei, Ergotin, Jodoform) kommt es gewöhnlich nicht zur Entwicklung isolierter reiner Delirien, sondern zu komplizierten Krankheitsbildern, in denen der delirante Komplex nur eine mehr oder weniger untergeordnete Rolle spielt. (Schröder). Jedoch sind akute oder subakute Zustände von Benommenheit bis zum Stupor bei der Bleivergiftung häufig.

Organische Krankheiten.

Schließlich treten Bewußtseinstrübungen episodisch bei den verschiedenartigsten organischen und funktionellen Krankheiten auf. Häufig sind die der senilen Demenz, bei der wir namentlich des Nachts Verwirrtheitszustände beobachten, in denen die Kranken, von ängstlichen Vorstellungen beherrscht, das ganze Haus ableuchten, nach Einbrechern suchen, ihre Sachen zusammenpacken und fortdrängen. Namentlich bei körperlich kranken Greisen, z. B. nach Star-Operationen sieht man zuweilen ein ausgesprochenes Beschäftigungsdelir; aber auch als Dauerzustand werden Bewußtseinstrübungen beobachtet, deren Gestaltung an die wesentlichen Symptome der senilen Demenz überhaupt anknüpft. Da die Wahrnehmungen nur allmählich volle Klarheit erlangen und wieder verblassen, ehe ein Eindruck ganz aufgefaßt wird, so werden die Kranken unorientiert, leben wie im Traume und erscheinen benommen; und da sich ihre eignen Vorstellungen verlangsamt und unregelmäßig anbieten, so sind sie schwer besinnlich und ihre Reden verwirrt. Dazu treten Perseverationen sowie gelegentliche illusionäre Verkennungen, die in vorübergehenden Dämmerzuständen auch in echte Halluzinationen übergehen können.

Bei der arteriosklerotischen Demenz beobachten wir ähnliche Erscheinungen, nur daß hier außerdem verhältnismäßig oft Verwirrtheitszustände von mehr epileptiformer Färbung auftreten.

Beispiel:

Senile Verwirrtheit.
I. B. 72 Jahre.
Seit 4 Tagen auffällig. Sprach von Leiden, Operationsmänteln, sah schwarze Männer, die auf sie zukamen, Fliegen und Käfer, die sie zu verscheuchen suchte, hatte Angst, zitterte an den Händen, forderte Angehörige auf, Fliegen und Männer zu verjagen, nestelte an Haaren, an Wand, an Bettdecke herum, zog sich Bettdecke über das Gesicht. Unorientiert, kaum zu fixieren. Gelegentlich Haften.

Auch im Verlaufe der progressiven Paralyse sind delirante Episoden bekanntlich häufig, und wieder wird sich dabei in der Regel die nahe Verwandtschaft zu epileptischen Bewußtseinstrübungen aufdrängen. In anderen Fällen wird — auch ohne daß Alkoholmißbrauch vorgelegen hat — mehr das Bild des Delirium tremens vorgetäuscht. Endlich aber zeigen viele — ja man kann wohl sagen, die allermeisten — Paralytiker dauernd eine leichte



Bewußtseinstrübung. Die Kranken leben wie in einem leichten Rausch, können sich nicht zurecht finden, verirren sich etc. (Vgl. S. 331).

Daß bei der Hirnsyphilis epileptiforme Bewußtseinstrübungen häufig sind, ist nach allem bisher Gesagten beinahe selbstverständlich.

Beispiel:

Paralytischer Verwirrtheitszustand.

A. K. 38 Jahre.

Seit einem Jahr krank. In den letzten Tagen ängstlich, weinerlich. Beginnt plötzlich des Morgens an der Bettdecke herumzunesteln, rafft mit den Händen etwas zusammen, erklärt, da wäre überall Gold, das ihm gehöre; rüttelt an seinen Zähnen: „das muß heraus"; verlangt, daß man ihm die Beine abhacken solle, damit er kürzer werde. Hat offenbar zahlreiche ängstliche Visionen. Richtet sich auf und schreit: „Seid ihr wieder da?" „Noch nicht, noch nicht". Zieht ängstlich seine Beine an, zittert am ganzen Körper. Behauptet, Russen wären da, die ihm die Beine abhacken wollten. Erkennt niemand, identifiziert von vorgehaltenen Gegenständen die meisten nicht, will bald 200, bald 70 Jahre alt sein. Deutliches Haften.

Zustand geht in Stupor über.

Bei der Meningitis entwickeln sich nach kurzen Vorboten Benommenheit, erschwerte Auffassung, Inkohärenz und Haften; die Kranken verkennen ihre Umgebung, machen verworrene Äußerungen und erleben in vielen Fällen delirante Sinnestäuschungen. Nicht selten sind katatone Symptome wie namentlich Stereotypien. Schließlich kommt es bekanntlich zu Sopor und Koma.

Beim Tumor cerebri erleben wir alle Grade der Bewußtseinstrübung. Die Kranken können nur schwer besinnlich und apathisch oder — seltener — auch delirant sein.

Bei der Gehirnerschütterung tritt als nächste Folge regelmäßig eine mehr oder minder tiefe Bewußtseinstrübung ein. Die Kranken werden schwerfällig, benommen, vergeßlich, die Auffassung wird unklar, das Kombinationsvermögen erlischt. Sehr stark ist die Merkstörung, die häufig die Bewußtseinstrübung überdauert. Dabei kommt es auch hier zu Konfabulationen, die sich unter Umständen, wie in einem mehrfach zitierten Erlebnis Bismarcks, auch schon auf das Trauma selbst beziehen. Besonders schlecht ist die zeitliche Orientierung. Mit der Ermüdbarkeit und der Erschwerung des Denkens hängt das Symptom des Haftens zusammen; auch hier kommen katatonische Zeichen vor. In seltenen Fällen endlich werden auch epileptiforme Delirien mit motorischer Unruhe, Unorientiertheit, vorwiegend optischen und taktilen Halluzinationen oft ängstlichen Inhalts und einer Art Beschäftigungsdelir beobachtet.

Funktionelle Psychosen.

Die Bewußtseinstrübungen bei den funktionellen (endogenen) Krankheiten unterscheiden sich im großen und ganzen von den exogen bedingten durch wesentliche Eigentümlichkeiten, auf die bei Besprechung der hysterischen Dämmerzustände hingewiesen worden ist. Es ist aber zu beachten, daß sich gerade hier endogene und exogene Faktoren nicht selten durchflechten — ein nervös disponierter Mensch reagiert auf geringeres Fieber, auf weniger Alkohol, auf eine leichtere Hirnerschütterung mit Delirien als ein anderer, und in einer Meningitis können hysterische Züge einer Persönlichkeit deutlich werden, die immer schon in ihr geschlummert hatten. Dadurch werden gelegentlich beobachtete Übergänge und manche diagnostische Schwierigkeiten im Einzel-

fall verständlich. Ob alle Ähnlichkeiten genetisch verschiedener Zustände — so die zwischen Amentia und verworrener Manie — auf diese Weise erklärt werden dürfen, mag dahingestellt bleiben.

Im übrigen ist bei der Erörterung der pathologischen Suggestibilität schon darauf hingewiesen worden, daß eine abnorm starke Neigung zu Bewußtseinstrübungen keineswegs immer psychogen bedingt zu sein braucht. Insofern kann man mit einem gewissen Recht auch von „neurasthenischen" Bewußtseinstrübungen sprechen — wenn man nämlich mit dem Adjektiv „neurasthenisch" nichts anderes bezeichnet als die Neigung zu gewissen, sehr mannigfachen, aber nicht vom Vorstellungsleben direkt abhängenden Reaktionen. Die meisten Autoren werden für solche Fälle das immerhin noch weniger verbrauchte Wort „psychasthenisch" vorziehen, wodurch zugleich eine in der Sache begründete Analogie zu den psychasthenischen „Anfällen" ausgedrückt werden würde. Die Tatsache, daß sehr lebhafte Affekte von einer mehr oder minder tiefen Bewußtseinstrübung begleitet und von einer entsprechenden Amnesie gefolgt sein können, ist unbestritten und besteht sogar auf normalpsychologischem Gebiet noch zu Recht. Die Neigung zu solchen Zuständen ist aber bei Psychopathen — insbesondere bei ängstlichen — unvergleichlich viel größer, und infolgedessen treffen wir Bewußtseinstrübungen nicht selten auch in der Anamnese von Zwangsvorstellungskranken z. B.

Ebenso verständlich ist es, daß Bewußtseinsstörungen auch im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins vorkommen. Sowohl in der ängstlichen wie in der gehemmten Depression kann eine erhebliche Trübung des Bewußtseins erreicht werden. Auch die Manie führt, wenn die Ideenflucht bis zur ideenflüchtigen Verwirrtheit gesteigert ist, zu tiefen Bewußtseinstrübungen, in denen von einer klaren Auffassung der Umgebung und von einem Zusammenhang im Denken keine Rede mehr ist. Es werden aber außerdem bei Manischdepressiven auch amentiaähnliche Bilder beobachtet, die sich aus der Ideenflucht allein nicht mehr ableiten lassen, und bei denen eine deliriöse, traumhafte Verworrenheit durch massenhafte, abenteuerliche, verschwommene Sinnestäuschungen und Wahnbildungen genährt wird.

Diese Fälle von denen einer exogen bedingten Amentia zu unterscheiden kann, wie wir sahen, sehr schwer sein. Recht häufig muß der Verlauf abgewartet werden, und dabei stellt sich dann zuweilen heraus, daß eine Mischung endogener und exogener Faktoren vorgelegen hatte. So sah Bonhoeffer eine Amentia mit manischen Zügen im Puerperium einer Kranken, die später an reiner Manie erkrankte, und umgekehrt eine verworrene Manie bei einem andern Patienten, der nach früheren Attacken unzweifelhaft manisch-depressiv war, bei dem sich aber inzwischen eine Kompensationsstörung des Herzens entwickelt hatte.

Beispiel:

K. Geb. 1869.
I. Aufnahme 1899.
Verworrene Manie.

Hat im Krankenhaus aus dem Fenster springen wollen. In der Anstalt ruhig. Örtlich orientiert, meint ohne besondern Affekt, seine Verlobung werde wohl zurückgehen, man würde ihn wohl von der Richterkarriere ausschließen. An die Ereignisse der letzten Nacht hat er offenbar nur eine verschwommene Erinnerung. Er habe an die Wand geklopft, aus dem Fenster springen wollen und nach seiner Braut gerufen. Besinnt sich dunkel, daß Dr. R. bei ihm war und ein Schutzmann, der ihm nicht habe gehorchen wollen.



Schweift dauernd ab. Am folgenden Tag unruhig, gereizt. Hört Stimmen von der Decke. Erklärt eine Karte seiner Braut für gefälscht, behauptet, er habe zu Hause nur simuliert.

Droht zu schlagen. Hält einen Wärter für den Kaiser. Großer Rededrang. Stimmung wechselnd, bald freundlich, bald ausfällig. Singt laut, spricht verwirrt. Spricht mit halluzinierten Personen, duzt den Arzt. Predigt, singt, gestikuliert, fürchtet Gift. Religiöse Reden. Ißt wenig.

Nach 10 Tagen.

Gehörstäuschungen. Habe feurige Figuren vor den Augen gesehen. Es sei, als wenn ein Feuerstrom durch seinen Körper schieße. Gewisse Krankheitseinsicht.

Nach 5 Wochen.

Es komme manchmal eine gewisse Unruhe über ihn, er müsse dann pfeifen. Dieser Zustand gehe bald vorüber.

Nach einigen ruhigen Tagen wieder verwirrt, singt und pfeift, zerreißt das Hemd, viel außer Bett. Der himmlische Vater sei heute Nacht bei ihm gewesen, fragt, ob das möglich sei. Er werde inspiriert.

Sieht farbige Kreise, keine Gestalten. Hält sich für gesund.

Nach drei Monaten genesen entlassen.

II. Aufnahme 1900.

Hat übertrieben fleißig gearbeitet, seit zwei Tagen erregt, gesungen, gepredigt.

Widerstrebend. Anfangs ruhig, singt dann laut. Betet, singt, predigt. Begleitet seine Reden mit theatralischen Gesten; großes Selbstbewußtsein, weiß alles besser.

Tut alles auf Eingebung des himmlischen Vaters. Ißt wenig. Laut, kniet am Boden, verwirrt. Viel am Fenster. Kniet mit erhobenen Händen, den Blick starr nach oben gerichtet, er sei zum Tode verurteilt gewesen, aber von seinem himmlischen Vater begnadigt worden. Müsse sich nun noch kasteien, verlangt einen Riemen, um sich zu geißeln. Will zum Katholizismus übertreten. Halluziniert dauernd. Man gebe ihm nicht genug Ehre. Mißhandle ihn. Wenn er den Ärzten alles mitteilen wolle, was ihm von Gott gesagt wird, so würden sie das nicht vertragen können. Es sei ihm befohlen, den Urin stets ins Bett zu lassen. Wenn man ihn nicht bald entlasse, werde der Arzt plötzlich tot hinfallen.

Nach 6 Monaten ruhiger, hört noch Stimmen, hält das nicht für krankhaft, lasse sich nur nicht mehr dadurch aufregen. Nach 14 Tagen wieder unruhig, singt, halluziniert stark. Nach einem Monat wieder ruhiger. Hört noch Stimmen, drängt auf Entlassung. Durch die Stimmen nicht mehr beeinflußt, munter in der Stimmung.

Nach einem Jahr entlassen.

III. Aufnahme 1915.

Lebhaft. Höre Stimmen aus dem Himmel. Habe keinen Appetit. Lebe von Luft und Liebe. Ständig in Bewegung. Streckt die Arme aus, lacht, klopft dem Arzt auf die Schulter, schwer zu fixieren, springt ab. Erotische Redensarten, kommt auf religiöse Gebiete zurück. In bezug auf sein juristisches Können zahlreiche Größenideen, widerruft sie mit der Bemerkung, er wolle sich nicht überheben, sei jetzt teilweise krank. Hört Stimmen, die kommen nicht aus dem Kopf, er verstünde nicht, was sie sagten; es seien Geister, die ihm Mitteilungen machten. Singt, pfeift. — Dauerbad. — Er sei Gottes Sohn, der Kaiser werde ihn besuchen; geheimnisvoll, hört Engelstimmen, kommandiert Batterien, spricht gegen die Decke.

Nach 14 Tagen ruhiger. Habe noch so „ein gewisses Glücksgefühl". Wird wieder lebhafter, belästigt Mitpatienten. Liegt still im Bett, reagiert nicht auf Anruf, spricht leise mit Bewegungen vor sich hin, dann ruhig, in der Unterhaltung ideenflüchtig.

Zumeist dauernd unruhig, singt laut. Zuweilen schweigt er, sagt dem Arzt, er solle ihn nicht stören, er müsse jetzt telephonieren, spricht dann in die Ecke der Zelle hinein, antwortet, lauscht, schreit dann laut auf, singt hoiho, ho, kommandiert: „Gebt Feuer!" Abwehrend, gegen Unterhaltung unzugänglich.

Ist sehr erregt, zerschlägt nach einer Injektion die Fensterscheibe, schlägt plötzlich um, bittet ruhig, seine Frau möchte noch einmal kommen, flüstert zwischendurch in eine Ecke des Zimmers hinein, singt dann wieder, behauptet, ein ganz anderer zu sein, dürfte aber nicht sagen wer.

Spricht mit den Seelen der Verstorbenen. Mißtrauisch, halluziniert viel.

Nach drei Monaten leicht depressiv, will sein Testament machen. — Will Weihnachten nicht nach Hause, könne seiner Frau durch Lärmen Unzuträglichkeiten bereiten; sein Verstand sei nicht geschädigt, er müsse sich nur einmal austoben.



Zeitweise zu fixieren. Singt, gestikuliert, halluziniert.

Nach 10 Tagen wieder ruhiger, meint „schade, ich war schon so ruhig, nun muß ich mich noch einmal austoben.“ Nach 7 Monaten wieder vorübergehend ruhiger, hypomanisch. Beginnt nach 8 Tagen in der Unterhaltung unaufmerksamer zu werden. Am folgenden Tage wieder erregt.

Schimpft den Arzt „dummer Junge“.

Zwischendurch geordnete Unterhaltung.

Nach acht Monaten ruhig, geordnet, frei von Sinnestäuschungen. Treibt juristische und belletristische Lektüre.

Gewichtszunahme.

Noch zeitweilig Sinnestäuschungen, die ihn nicht mehr belästigen.

Noch leicht gereizt.

Nach neun Monaten geheilt entlassen.

Klimakterium.

Auch bei den klimakterischen Depressionen sind Bewußtseinstrübungen nicht selten. Die ängstliche Erregung führt gelegentlich zu einem Zustand von Ratlosigkeit, in dem die Kranken verständnislos und unzugänglich sind und im Sinne ihrer ängstlichen Halluzinationen verwirrte Antworten geben. Bei anderen Kranken ist es die Hemmung, die einen Schleier über ihr Denken zieht und sie traumverloren und schwerbesinnlich erscheinen läßt.

Dementia praecox.

Schließlich sei noch — anhangsweise — das Bewußtsein der Dementia praecox-Kranken erwähnt. Man wird hier sowohl bei erregten wie bei stuporösen Kranken häufiger den Anschein einer tiefen Bewußtseinstrübung erleben, als sie tatsächlich besteht. Stuporöse Kranke, die auf nichts mehr reagieren, fassen bekanntlich die Vorgänge in ihrer Umgebung oft recht scharf auf, und auch in der sinnlosesten katatonischen Erregung werden häufig sehr zutreffende Beobachtungen gemacht. Darin liegt eines der Kriterien, die die Unterscheidung von der Amentia, die an sich bekanntlich recht schwer ist, erleichtert. Umgekehrt finden wir jedoch bei halluzinierenden Schizophrenen bei näherer Untersuchung häufig eine tiefere Bewußtseinstrübung, als die üblichen Lehrbuchdarstellungen vermuten lassen, und insbesondere die Kranken, bei denen wir häufig im Zweifel bleiben, auf welchem Sinnesgebiet ihre zahlreichen Täuschungen sich denn eigentlich abspielen, befinden sich oft in einem Zustande leichter traumhafter Benommenheit. Sie erscheinen gesperrt, weil sie lange Zeit gar nicht oder verlangsamt und dann ganz plötzlich auf Fragen reagieren; aber sie sind zumeist nur in sich gekehrt, abgelenkt durch die massenhaften eigentümlichen Erlebnisse, die von ihrem Körper oder von ihrer Umgebung ausgehen, dazu häufig gedrückt und mehr oder minder schwer geängstigt. So kommt das sehr charakteristische Bild jener Kranken zustande, die in sich versunken, mit etwas gequältem und zugleich ratlosem Gesicht dasitzen und, wenn überhaupt, mit ganz leiser, zitternder Stimme antworten. — Außerdem scheinen bei der Dementia simplex gewisse Zustände häufig zu sein, in denen das Bewußtsein auch durch Sinnestäuschungen nicht abgelenkt, sondern nur einfach trübe, verworren und dumpf ist — Zustände, wie sie Hermann Hesse in „Unterm Rad“ zutreffend und sicherlich auf Grund einer an einem solchen Kranken gemachten Beobachtung geschildert hat.

IX. Körperliche Krankheitszeichen.

Entartungszeichen.

Zur Untersuchung geisteskranker Personen gehört auch die Betrachtung des Körpers und die Prüfung gewisser körperlicher Funktionen. Schlüsse aus dem allgemeinen körperlichen Verhalten auf den Geisteszustand dürfen jedoch nur mit großer Vorsicht gezogen werden. Die Zeit liegt noch nicht lange hinter uns, in der man hoffte, durch die Messung des Schädels wichtige Nachrichten über die Beschaffenheit des Gehirns und durch das Suchen nach bestimmten körperlichen Mißbildungen — auch außerhalb des Kopfes — solche über die psychische Veranlagung zu erhalten. Beide Hoffnungen haben wir begraben müssen. Man kann gelegentlich einem ausgesprochen mikrozephalen Schädel ansehen, daß das in ihm gelegene Gehirn einem Idioten gehört, und zuweilen läßt eine ausgesprochene Makrozephalie ähnliche Schlüsse zu. Aber das sind Ausnahmen, die keineswegs verallgemeinert werden dürfen. Wir wissen längst, daß es viel weniger auf die absolute Größe des Gehirns als auf seinen feineren Bau ankommt, und wenn wir von den erwähnten, ganz groben Fällen absehen, in denen überdies der psychische Zustand beinahe ebenso in die Augen springt wie die körperliche Veränderung, so spielt das Verhalten des Schädels bei der Diagnose krankhafter Geisteszustände heute so gut wie gar keine Rolle mehr. Gewiß fallen zuweilen Epileptiker oder auch gewisse paranoide Naturen z. B. durch abnorme Schädelbildungen auf, und ebenso sicher finden wir kleine Kopfumfänge, hydrozephalische und rachitische Bildungen bei schwachsinnigen Personen häufiger als bei Gesunden; aber alle diese Abweichungen vom durchschnittlichen Verhalten werden auch bei ganz gesunden Personen beobachtet, und umgekehrt: nicht selten finden wir sehr prächtige Schädelformen auch bei psychisch defekten Menschen.

Somit können — wieder mit dem Vorbehalt, daß die ganz groben Störungen ausgenommen werden — eigentümliche Schädelbildungen höchstens als ein Signal dienen, das auf die Möglichkeit psychischer Störungen hinweist. Sie müssen also ebenso beurteilt werden wie alle körperlichen Mißbildungen, die als Stigmata degenerationis, als Entartungszeichen, lange Zeit eine erhebliche Rolle in der Lehre von der Vererbung der Geisteskrankheiten zu Unrecht gespielt haben. Genannt seien Infantilismus, das Auftreten von männlichen Geschlechtsmerkmalen beim weiblichen oder von weiblichen beim männlichen Geschlecht, Kryptorchismus, Besonderheiten in der Behaarung oder der Pigmentierung (Albinismus), Lipomatose, Spaltbildungen am Munde, am Gaumen oder an den Augen, angewachsene oder sonst mißbildete Ohren,

exzessive Myopie, überzählige oder zusammengewachsene Finger und Zehen. Die meisten von diesen Mißbildungen galten früher als Ausdruck einer ererbten krankhaften Anlage, und ihre Entstehung wurde von vielen Autoren auf abnorme nervöse Einflüsse zurückgeführt. Die ganze Lehre hat sich dabei in einem verhängnisvollen Zirkel bewegt. Seitdem durch Griesinger der Begriff der neuropathischen Disposition in die Pathologie eingeführt worden war, lag es natürlich nahe, nach körperlichen Anhaltspunkten für die Erkennung einer solchen Anlage im einzelnen Falle zu suchen. So wurde ein Stigma hereditatis nach dem andern beschrieben, und — was der ganzen Erblichkeitsforschung verhängnisvoll geworden ist — diese Entartungszeichen selbst wurden dann wieder beim Suchen nach neuen Formen ererbter Nervenleiden als Wegweiser benutzt. So verständlich gerade in der Psychiatrie der Wunsch nach objektiv faßbaren Symptomen auch heute noch ist, so unbegreiflich erscheint uns die Kritiklosigkeit, mit der Jahre hindurch die Beantwortung der Vorfrage versäumt worden ist, wie denn eigentlich somatische „Belastungszeichen“ und psychopathische Anlage zusammenhängen sollten.

Heute wissen wir, daß manche von den sogenannten Entartungszeichen nichts sind als gewöhnliche Varietäten, die gegen die geistige Gesundheit des damit behafteten Menschen auch dann nichts beweisen würden, wenn sie das Gehirn selbst beträfen. Dafür, daß für ihre Entstehung das Nervensystem verantwortlich gemacht werden dürfte, besitzen wir gar keine Anhaltspunkte; dagegen ist sicher, daß ebensowohl Geisteskrankheiten ohne Belastungszeichen wie Stigmata degenerationis ohne jede psychische Anomalie vorkommen (R. Sommer). Auf der anderen Seite steht fest, daß gewisse Mißbildungen bei Geisteskranken, Psychopathen und Verbrechern im ganzen etwas häufiger[1]) beobachtet werden, als bei psychisch vollwertigen Personen, und in solchen pathologischen Fällen liegt die Ursache für dieses Zusammentreffen sehr wahrscheinlich nicht in erblichen Einflüssen, sondern in einer exogenen Schädlichkeit, die den Keim, das werdende oder auch das heranwachsende Kind trifft. Lapouge und Niceforo haben nachgewiesen, daß arme und unter unhygienischen Verhältnissen lebende Menschen allenthalben mehr Stigmata degenerationis aufweisen als wohlhabende. Durch Fournier und Finger wissen wir, daß elterliche Syphilis ebenfalls Mißbildungen erzeugt, und ganz ähnlich wirken anscheinend alle Keimschädigungen überhaupt (Alkohol, Blei, Tuberkulose etc.). Somit wären beide Erscheinungen, die körperliche und die psychische, einander nicht sub- sondern koordiniert.

Ein solcher Zusammenhang würde aber die Möglichkeit diagnostischer Schlüsse im Einzelfall beinahe ganz ausschließen. Nur eine universelle Mißbildung des Körpers könnte eine solche auch des Gehirns wahrscheinlich machen; denn sind überhaupt Teile des Körpers gesund geblieben, so kann auch das Gehirn gesund sein. Selbst mehrfache Anomalien einzelner Organe würden darüber, daß auch das Nervensystem Not gelitten hat, nur Vermutungen zulassen, Vermutungen, die eben in dem Grade zu einem begründeten Verdacht anwachsen könnten, als sich die Störungen am sonstigen Körper dem Bilde einer universellen Mißbildung näherten.

---

[1]) Richtiger gesagt, gehäufter, denn ganz frei sind auch gesunde Menschen von diesen Zeichen fast nie.



So ist die praktische Bedeutung der Entartungszeichen heute noch geringer geworden als ihre theoretische. Ihr Nachweis in vielen Fällen wird immerhin noch einige Schlüsse zulassen, ihr Vorhandensein beim einzelnen Kranken beweist garnichts.

Um so mehr wird die körperliche Untersuchung auf gewisse Veränderungen zu achten haben, die entweder die Begleiterscheinung oder die Folge bestimmter psychischer Störungen darstellen können. Genannt seien Schädelnarben, Verletzungen (Verbrennungen) und Zungenbisse nach epileptischen Anfällen (vgl. Abb.), Überbleibsel häufiger Morphiuminjektionen in der Haut, ferner kindliches, blödes, geängstigtes, vergrämtes, abnorm jugendliches, vorzeitig gealtertes Aussehen, frühes Ergrauen der Haare, Greisenbogen, unelastische, wenig blutgefüllte Haut, apoplektischer, kretinistischer, myxödematöser Habitus, Fazialis- und sonstige Tics usf.



Abb. 62. Epileptischer Zungenbiß.

Neurologische Untersuchung.

Selbstverständlich ist bei jedem Geisteskranken eine genaue neurologische Untersuchung notwendig, auf die jetzt kurz eingegangen werden soll.

Sehnenreflexe.

Von den Sehnenreflexen ist der wichtigste auch in der Psychiatrie der Patellarsehnenreflex. Seine Prüfung wird entweder im Liegen oder auch, indem der Patient auf einem Stuhl sitzend beide Beine auf dem (glatten) Boden nebeneinanderstellt, durch einen Hammerschlag auf die Patellarsehne ausgeführt. Ist die Zuckung des Quadrizeps sehr geringfügig, so muß sie unter Umständen palpatorisch durch Auflegen der Hand festgestellt werden. Das Fehlen des Reflexes wird am häufigsten durch Spannungen vorgetäuscht, die durch eine Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten überwunden werden müssen. Dazu genügt in der Mehrzahl der Fälle eine einfache Unterhaltung oder auch nur die Aufforderung, nicht auf das untersuchte Bein, sondern an die Decke z. B. zu sehen. In anderen Fällen ist die Anwendung des Jendrassicschen Kunstgriffes erforderlich (Patient wird aufgefordert, beide Hände zu verschränken und auseinander zu ziehen und eventuell gleichzeitig an die Decke zu sehen).

Ein wirkliches Fehlen des Patellarreflexes kommt ganz ausnahmsweise (in wohl noch nicht einmal 0,04 Prozent der Fälle, Pelizaeus) als ange-

geborene Anomalie vor. Die meisten Fälle, in denen ein solches angeborenes Fehlen der Patellarreflexe behauptet wird, lassen sich auf frühere Neuritiden oder sonstige mehr oder minder ausgeheilte Krankheiten (spinale Kinderlähmung) zurückführen. Jedenfalls sollte ein nicht aufgeklärtes Fehlen des Patellarreflexes stets zur Anwendung der Wassermannschen Reaktion Veranlassung geben.

Innerhalb psychiatrischer Anstalten muß aber auch an ganz andere Möglichkeiten gedacht werden. So zeigen zuweilen Kranke, die unter der Einwirkung von Skopolamin stehen, keine Patellarreflexe. Das beruht einfach auf einer sehr ausgesprochenen Hypotonie; eine maximale Flexion des Unterschenkels gegen den Oberschenkel und die dadurch bedingte Spannung der Sehne gestatten in solchen Fällen gewöhnlich einen sogar sehr lebhaften Reflex auszulösen. Zu Irrtümern kann dieses scheinbare Fehlen des Patellarreflexes schon deshalb keinen Anlaß geben, weil es beinahe immer von einem positiven Babinskischen Zeichen[1]) begleitet, also in einer Verbindung angetroffen wird, die bei organischen Rückenmarksaffektionen ganz ungewöhnlich ist.

Eine ähnliche Ursache liegt dem übrigens enorm seltenen Fehlen der Patellarreflexe bei hysterischer schlaffer Paraplegie zugrunde. Auch hier sind Muskeln und Sehnen so sehr entspannt, daß der Reflex nicht zur Darstellung gelangen kann. Ebenso sah Kleist eine Herabsetzung der Sehnenreflexe bei der Hypotonie mancher Katatoniker. Von den Fällen, in denen aus chirurgischer Ursache eine Entspannung der Sehne (etwa infolge habitueller Luxation der Kniescheibe) besteht, kann hier abgesehen werden; dagegen sei erwähnt, daß bei ganz gesunden Menschen eine Erschöpfung des Patellarreflexes möglich zu sein scheint. Bei Rennfahrern und Läufern ist unmittelbar nach der körperlichen Anstrengung ein Fehlen des an sich normalen Reflexes beobachtet worden. Ähnlich könnten die Schwierigkeiten zustande kommen, die die Auslösung des Reflexes zuweilen bei sinnlos erregten Katatonikern bereitet. Sicher darf mit dieser Erschöpfung das gelegentliche Fehlen des Reflexes im Gefolge von schweren epileptischen Anfällen in Zusammenhang gebracht werden (Gowers, Moeli, Ziehen, Sternberg), während ein vorübergehendes Verschwinden der Patellarreflexe in der Agonie und bei fieberhaften Krankheiten auch auf toxische Einwirkungen zurückgeführt werden könnte.

Von den Krankheiten, die ein wirklich dauerndes Fehlen des Patellarreflexes (Westphalsches Zeichen) auf einer oder auf beiden Seiten hervorzurufen imstande sind, interessieren uns in dem Zusammenhange nur die Tabes bzw. die Tabes-Paralyse, die Polyneuritis sowie der Hirndruck.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen tabischer Hinterstrangserkrankung und Polyneuritis muß auf die neurologischen Handbücher verwiesen werden. Erwähnt sei, daß eine bloße Abschwächung des Reflexes wegen der normalen Varianten seiner Stärke diagnostisch für beide Erkrankungen nicht verwendet werden kann. Eine Differenz zwischen dem rechten und dem linken Patellarreflex dagegen darf, wenn sie ausgesprochen ist, als ein organisches Krankheitszeichen überhaupt verwertet werden. Für die Erkennung polyneuritischer Zustände ist wichtig, daß die Reflexstörung anderen Symptomen

[1]) Dieses Auftreten des Babinskischen Zeichens beruht natürlich auf der Lähmung der Pyramidenbahn durch das Skopolamin.



wie Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Atrophien lange Zeit vorausgehen kann. Darauf beruht wohl das gelegentliche Vorkommen des Westphalschen Zeichens bei Diabetikern, die andere Zeichen der Polyneuritis nicht aufweisen.

Das Verschwinden der Patellarreflexe beim Hirndruck beruht wahrscheinlich auf einer direkten Druckschädigung der hintern Wurzeln. Möglicherweise muß das übrigens ziemlich seltene Vorkommen des gleichen Zeichens unmittelbar nach Apoplexien auf eine ähnliche Ursache zurückgeführt werden.

Die Steigerung der Patellarreflexe kann in mehrfacher Weise in Erscheinung treten. Zunächst können schwache Reize, die bei normalen Menschen unwirksam bleiben, schon eine deutliche Zuckung des Quadrizeps auslösen, oder aber bei intensiverer Beklopfung der Kniesehne tritt eine Art Patellarklonus, eine wiederholte, allmählich schwächer werdende Zuckung auf; oder drittens der Reflex springt auf die andere Seite über; endlich kann auch eine abnorme Ausdehnung der reflexogenen Zone diagnostisch von Wert sein; unter Umständen gelingt es sogar, durch Beklopfen der Tibia einen deutlichen Reflex auszulösen.

Ein wirklicher Patellarklonus, der mit ausgesprochener Steigerung der Sehnenreflexe gewöhnlich verbunden ist, wird am einfachsten dadurch ausgelöst, daß die Kniescheibe von oben her leicht federnd bei gestrecktem Bein nach unten gedrängt wird. Es treten dann rhythmische Kontraktionen des Quadrizeps ein.

Die Steigerung der Kniesehnenreflexe beweist das Vorliegen einer organischen Affektion, nämlich der Pyramidenbahn, an irgend einer Stelle ihres Verlaufes. Aus diesem Grunde ist ihr Nachweis für die Diagnose der progressiven Paralyse z. B. so wertvoll. Die heute noch gelegentlich vorgetragene Lehre, daß die Patellarreflexe bei der Paralyse aufgehoben seien, ist in dieser Form falsch; im Beginn des Leidens ist im Gegenteil ihre Steigerung sogar etwas häufiger. Junius und Arndt beobachteten sie in 54, Raecke in 55 Prozent der Fälle, während eine Aufhebung nur in etwa 30 Prozent vorkommt. In späteren Stadien verschieben sich diese Zahlen etwas, so daß bei sterbenden Paralytikern die Häufigkeit des Westphalschen Zeichens größer ist als im Beginn — aus dem einfachen Grunde, weil bei einer Unterbrechung des Patellarreflexbogens die Voraussetzungen der Steigerung klinisch nicht mehr erkannt werden können, während bei umgekehrter Reihenfolge der Erscheinungen eine nachträgliche Erkrankung der Pyramidenbahn an dem Fehlen des Reflexes natürlich nichts mehr ändert.

Eine Steigerung der Reflexe beobachten wir auch bei der multiplen Sklerose, bei senil Dementen und bei Arteriosklerotikern, und zwar auch ohne daß eine Apoplexie vorangegangen ist. Bei Berücksichtigung der übrigen psychischen und neurologischen Symptome können Schwierigkeiten daraus nicht entstehen. Dagegen ist wichtig die Unterscheidung zwischen der wirklichen Steigerung und der bloßen Lebhaftigkeit des Patellarreflexes. Eine solche bloße Lebhaftigkeit, die bis zum Pseudoklonus gehen kann, kommt bei nervös erregbaren Menschen, bei Neurasthenikern und Unfallpatienten sowie bei funktionellen Psychosen gar nicht selten vor. Deshalb gehört zum Nachweis einer pathologischen Steigerung der Reflexe mehr als die bloße Feststellung eines lebhaften Reflexausschlages. Die Sachlage wird ohne weiteres klar, sobald sich wirklicher Patellarklonus, Fußklonus und Babinski nachweisen lassen.

Auch eine deutliche Differenz zwischen der rechten und der linken Seite wird bei funktioneller Lebhaftigkeit im allgemeinen nicht beobachtet[1]). Endlich aber ist besonders auf das Vorhandensein von Spasmen, von Muskelspannungen, zu achten, die ja mit der echten Reflexsteigerung genetisch zusammenhängen und deshalb so gut wie immer in Verbindung mit ihr angetroffen werden.

Die Anwendung verfeinerter Untersuchungsmethoden für die Prüfung des Patellarreflexes, wie sie Sommer und Weiler ausgearbeitet haben, ist für psychiatrische Zwecke beinahe immer entbehrlich. Jedoch ist es Berliner mit Hilfe der Sommerschen Methode gelungen nachzuweisen, daß das Hauptmerkmal einer organischen Erkrankung im Bereich der Pyramidenbahnen in einer erheblichen Verkürzung der Reflexzeit in Verbindung mit einer deutlichen Verringerung der Streuungen besteht, die sich bei gesunden Menschen bei wiederholter Prüfung der Reflexe herausstellen.

Der Achillessehnenreflex spielt diagnostisch heute nahezu dieselbe Rolle wie der Patellarreflex. Er fehlt bei gesunden Menschen so gut wie niemals, nur läßt er sich etwas schwerer auslösen. Seine Prüfung erfolgt entweder in Rückenlage bei leicht abduziertem Oberschenkel und mäßig flektiertem Unterschenkel, oder aber indem man den Patienten auf einem Stuhl knien läßt und nun wiederum die Sehne mit dem Hammer beklopft. Ein Fehlen dieses Reflexes läßt die gleichen diagnostischen Schlüsse zu wie das Westphalsche Symptom, nur daß eine andere (tiefere) Lokalisation des Prozesses im Rückenmark angenommen werden muß. Beim ersten Beginn der Tabesparalyse wird nicht selten dieser Reflex vermißt, während das Kniesehnenphänomen noch auslösbar ist. Von Bedeutung ist die Prüfung beider Reflexe auch deshalb, weil die Verbindung von gesteigertem Patellar- und aufgehobenem Achillessehnenreflex, die aus einem Herd natürlich nicht erklärt werden kann, unter Umständen die Diagnose eines multiplen Prozesses (Zerebrospinalsyphilis, multiple Sklerose) zuläßt.

Die Steigerung des Achillessehnenreflexes, bekanntlich eines der wichtigsten Symptome der Pyramidenbahnerkrankung, tritt am deutlichsten bei der Prüfung des sogenannten Fußklonus in die Erscheinung. Diese Prüfung erfolgt am besten in Rückenlage derart, daß das Bein im Knie unterstützt und nun die vorderen Partien des Fußes mit den Fingern der untersuchenden Hand leicht berührt und nach oben gedrängt werden. Auf diese Weise wird die Achillessehne gespannt, und dieser Reiz reicht in solchen pathologischen Fällen schon aus, um den Reflex auszulösen. Wenn die Hand den abwärts gebeugten Fuß jedesmal leicht wieder zurückdrängt, kommt es zu einer federnden Hin- und Herbewegung, einer abwechselnden Plantar- und Dorsalflexion des Fußes, die sich bei echtem Fußklonus nicht erschöpft. Das ist deshalb zu beachten, weil bei nervös erregbaren (oder auch bei frierenden!) Menschen zuweilen ein Pseudoklonus auftritt, der sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von dem echten eben durch die Erschöpfbarkeit unterscheidet. Nach wenigen Zitterbewegungen hört ein solcher Pseudoklonus allmählich auf — während ein psychogener Pseudoklonus endlich oft unabhängig vom Druck des Arztes fortbesteht.

---

[1]) Eine Ausnahme bildet Fürstners pseudospastische Parese mit Tremor.



Die Sehnenreflexe des Armes scheinen nicht ganz so regelmäßig bei gesunden Menschen vorzukommen wie die des Beines und besitzen dementsprechend auch nicht dieselbe Bedeutung für die Erkennung von Krankheiten. Immerhin werden wir bei gesunden Menschen mit dem Fehlen dieser Reflexe (Trizepsreflex, Radius-Periostreflex) doch nicht so häufig rechnen müssen, daß ihre Abwesenheit bei Geisteskranken nicht als ein Symptom aufgefaßt werden müßte, das wenigstens den Verdacht auf eine organische Erkrankung nahelegte.

Hautreflexe.

Von den Hautreflexen ist der Bauchdeckenreflex bei gesunden Menschen wohl immer angelegt, aber er läßt sich bei Frauen, die geboren haben, oder bei sehr fettleibigen Personen unter Umständen nicht auslösen. Fallen diese Momente fort, so kann das Fehlen dieses Reflexes als pathologisches Symptom gedeutet werden. Am häufigsten wird es bekanntlich bei der multiplen Sklerose beobachtet.

Auch der Kremasterreflex ist normalerweise immer auslösbar, und sein Fehlen kann somit wiederum als Signal einer organischen Erkrankung dienen.

Große Bedeutung hat seit Babinskis Beobachtungen der Fußsohlenreflex erlangt. Er besteht normalerweise in einer Dorsalflexion des Fußes und einer Plantarflexion der Zehen. Bei Pyramidenbahnaffektionen wird dieser Reflex im Sinne des Babinskischen Phänomens verändert. Insbesondere die große Zehe wird dann nicht in normaler Weise plantar, sondern dorsal flektiert, und zwar erfolgt diese Flexion in ausgesprochen langsamer, träger Form, so etwa wie die Muskelzuckung bei der Entartungsreaktion vor sich geht. Zu beachten ist aber, daß das Babinskische Phänomen normalerweise bei Kindern bis zum Alter von 3 Jahren sowie bei Erwachsenen während der Skopolaminwirkung vorkommt.

Pupillen.

Physiologische Vorbemerkungen:

Das Pupillenspiel und die Pupillenweite werden reguliert durch die Tätigkeit zweier entgegengesetzt wirkenden Muskeln, des Sphinkter und des Dilatator pupillae. Der schwächere von beiden, der Pupillenerweiterer, spielt für die psychiatrische Diagnostik keine andere Rolle als die eines Antagonisten, der die Bewegungen des Pupillenverengerers dämpft und ausgleicht.

Der Sphincter iridis unterliegt mehrfachen Einflüssen.

1. Mitbewegungen.

a) Konvergenzreaktion.

Die Pupille zieht sich durch die Tätigkeit dieses Muskels synergisch mit dem Ziliarmuskel bei der Nahakkommodation zusammen; sie wird also bei der Konvergenz der Bulbi enger, bei der Einstellung für die Ferne weiter. Da diese Reaktion so gut wie niemals isoliert verloren geht, so beweist ihr Fehlen die Lähmung der Pupille überhaupt, eine absolute Pupillenstarre.

b) Das Orbikularisphänomen.

Auch dieses Phänomen beruht auf einer normalen Mitbewegung der Pupille oder richtiger des Sphincter iridis, die mit dem Lidschluß einhergeht.

Sie besteht in einer Verengerung und läßt sich naturgemäß ohne besondere Maßnahmen nicht direkt beobachten; nur die nachfolgende Erweiterung kann beim Öffnen des Lides festgestellt werden. Diese aber wiederum wird gewöhnlich durch den Lichtreflex[1]) verdeckt: beim Öffnen des Auges fällt Licht auf die Netzhaut und führt zu einer Verengerung der Pupille. Nur wenn die Helligkeit des Untersuchungsraumes sehr gering ist (vgl. Untersuchungsmethoden), ist die Wirkung des Orbikularisphänomens stärker als die des Lichtreflexes[2]). Unter solchen Umständen kann die Erscheinung dann zu Täuschungen Veranlassung geben. Das ist besonders deshalb möglich, weil das Orbikularisphänomen u. U. schon bei nur intendiertem Lidschluß, und zwar auch dann, wenn dieser *reflektorisch* ausgelöst worden ist, auftritt.

2. *Lichtreaktion:*

Die Pupillen werden enger, wenn die gesamte Lichtmenge, der beide Augen ausgesetzt sind, zu-, weiter, wenn sie abnimmt. Der Reflexbogen, der dieser Reaktion zugrunde liegt, beginnt in der Netzhaut, wird im Mittelhirn geschlossen und endet mit den Pupillenfasern des Okulomotorius im Sphincter iridis. Normalerweise wird jede Pupille von *beiden* Augen aus reflektorisch beeinflußt; die Halbkreuzung der Sehnervenfasern gestattet eine *konsensuelle Lichtreaktion*, die nur quantitativ um ein weniges geringer ist als die direkte. Um nachzuweisen, daß eine Pupillenlähmung bez. eine Reflexstörung vorliegt, muß also nicht nur die *direkte*, sondern auch die *indirekte Lichtreaktion* geprüft werden. Bleibt die Belichtung *eines* Auges unwirksam, so kann der Fehler auch in der Netzhaut oder im Nervus opticus gelegen sein; in diesem Falle tritt der Reflex auch an diesem (kranken) Auge auf, sobald das *andere* belichtet wird.

Diese Verhältnisse werden nun dadurch kompliziert, daß die *Akkommodationsgesetze*, die für die Lichtempfindlichkeit der Netzhaut festgestellt worden sind, auch für ihre reflektorische Erregbarkeit gelten. Derselbe Lichtzuwachs hat eine intensivere Pupillenverengerung zur Folge, wenn die Netzhaut vorher dunkel-, als wenn sie hell-adaptiert gewesen war. Und diese Verengerung wiederum bleibt, auch wenn die vermehrte Beleuchtung andauert, doch nicht bestehen, weil eine Gewöhnung an die neue Helligkeit eintritt. So kommt es, daß die Pupille bei den gewöhnlichen Helligkeitsgraden schließlich immer wieder dieselbe Durchschnittsweite erreicht; so erklärt sich aber auch das scheinbare Fehlen des Lichtreflexes, wenn in einem hellen Zimmer mit ungenügenden Beleuchtungsquellen untersucht wird. Eine Ausnahme von diesen Regeln stellt nur der *Reflexkrampf* dar, der gelegentlich auf zu lange, sehr intensive Belichtung (Schnee, Sonnenlicht) folgt und dann eine tabische Lichtstarre mit Miosis vortäuscht.

3. *Sensible Reaktion. Psychoreflexe. Pupillenunruhe.*

Für die Diagnose krankhafter Geisteszustände sind in den letzten Jahren diejenigen Reaktionen besonders wertvoll geworden, die normalerweise von psychischen Vorgängen abhängen. *Sensible Reize* von einiger Stärke, also eine

[1]) Am besten bringt man sich deshalb das Symptom an blinden oder reflektorisch starren Augen zur Anschauung.

[2]) Schon aus diesem Grunde sollte die Prüfung des Lichtreflexes niemals in der Weise vorgenommen werden, daß der Patient aufgefordert wird, seine Augen abwechselnd zu schließen und zu öffnen.

Berührung der Haut, ein Geräusch, das Auslösen einer Geschmacks- oder Geruchsempfindung und endlich sogar ein plötzlicher intensiver Lichtreiz, führen beim gesunden Menschen zu einer Pupillenerweiterung von einer charakteristischen, trägen, fast „wurmförmigen“ Verlaufsform. Mit Hilfe geeigneter Vergrößerungsapparate läßt sich zeigen, daß jede geistige Anstrengung, das Lösen einer Rechenaufgabe etwa, das Nachdenken über eine eben gestellte Frage auf das Pupillenspiel ebenso wirken. Fordert man eine Versuchsperson z. B. auf, ihre Aufmerksamkeit auf ein in nicht zu kleinen Zwischenräumen sich wiederholendes Geräusch zu richten, also etwa die Schläge eines Metronoms zu zählen, so beobachtet man durch die Lupe rhythmische Bewegungen der Pupillen genau im Tempo dieser Metronomschläge. Auf dieser Abhängigkeit der Pupillenweite von psychischen und nervösen Einflüssen beruht auch die sogenannte „Pupillenunruhe“, die Tatsache, daß der Irisrand im wachen Zustande des Gesunden niemals ganz still steht. Fortwährende feinste Schwankungen der Pupille — die ganz unregelmäßig, nicht etwa periodisch auftreten und wieder den eigentümlichen, trägen Verlauf der sensiblen Reaktion aufweisen — zeugen davon, daß die Summe der unserem Bewußtsein in jedem Augenblicke zufließenden Reize ständig wechselt.

Offenbar sind alle diese Reaktionen[1]) in erster Linie den Gefühlen, zugeordnet, und ihr Grad hängt im wesentlichen von dem Interesse ab, das die untersuchte Person einem Sinneseindruck oder einem Bewußtseinsvorgang sonst zuwendet. Dementsprechend beobachten wir die allerstärksten Pupillenerweiterungen in Zuständen heftiger gemütlicher Erregung. Von jeher ist die Mydriasis bei Angstzuständen bekannt gewesen; in neuerer Zeit ist festgestellt worden, daß diese Mydriasis sogar eine absolute Pupillenstarre hervorrufen kann. Die Hemmung des Okulomotoriustonus, auf der diese Pupillenerweiterungen beruhen, ist in solchen Fällen so stark, daß sie sich durch keine andern Impulse überwinden läßt. Außerdem scheinen freilich noch besondere Beziehungen zwischen Kontraktionen der Willkürmuskulatur und der Pupillenerweiterung zu bestehen (Redlich) — Beziehungen, die heute noch keineswegs ganz aufgeklärt sind, die aber vielleicht manche Vorkommnisse bei Epileptikern und hysterischen Personen, die wir noch kennen lernen werden, aufklären könnten.

Untersuchungsmethoden.

Zur ersten Orientierung dient die Prüfung des Lichtreflexes durch das Verdecken der Augen oder mit Hilfe einer elektrischen Taschenlampe. Dabei ist auf die Möglichkeit eines Reflexkrampfes sowie darauf Rücksicht zu nehmen, daß ganz gesunde Personen gelegentlich (wohl infolge einer nervösen Erregung und der dadurch herbeigeführten Pupillenerweiterung) auf die Belichtung mit der Taschenlampe mit einer Pupillenverengerung nicht reagieren. Die Prüfung der Konvergenzreaktion bedarf keiner Beschreibung. Daß sie bei verblödeten Kranken unter Umständen nicht ausgeführt werden kann, ist selbstverständlich; gewöhnlich gewähren aber zufällige Augenbewegungen der Patienten doch die

[1]) Die Annahme von Forster, es handle sich dabei um akkommodative Vorgänge, ist falsch.



Möglichkeit, über die Beweglichkeit der eventl. reflektorisch starren Pupille ins klare zu kommen.

Zur genaueren Feststellung feinerer Abweichungen vom normalen Verhalten dient eine Anzahl von Apparaten, von denen der von Weiler konstruierte der vorzüglichste ist. Unentbehrlich für wissenschaftliche psychiatrische Untersuchungen ist irgend eine Lupe, die die Pupillen um ein mehrfaches vergrößert. Am besten eignet sich hierfür ein Binokularmikroskop, weil die Iris am inneren Rande bekanntlich umgebogen ist, und weil somit bei eindimensionaler Betrachtung feinste Bewegungen verloren gehen. Für die Beobachtung der Psychoreflexe ist sodann zu beachten, daß eine zu große durchschnittliche Helligkeit des Untersuchungsraumes die Intensität dieser Reaktionen herabsetzt, — einfach weil der Lichtreflex allzusehr überwiegt. Am besten werden also diese Verhältnisse bei einer Helligkeit geprüft, die eine genaue Beobachtung des Irisrandes gerade noch zuläßt. Die exakte Messung der Pupillengrößen ist für psychiatrische Zwecke nahezu immer entbehrlich.

Von Fehlerquellen sei zunächst auf die Pupillenschwankungen hingewiesen, die mit jeder Bulbusbewegung auch dann einhergehen, wenn diese Bulbusbewegungen mit einer Änderung der Akkommodation nicht verbunden sind. Sie beruhen auf der Änderung der Lichtmenge, die auf die besonders empfindlichen Teile der Netzhaut je nach der Stellung des Auges entfällt, und sind deshalb in hellen oder in nicht diffus belichteten Räumen besonders stark. Außerdem sei noch einmal an das Orbikularisphänomen erinnert.

Von besonderen, verfeinerten Untersuchungsmethoden mögen die Prüfungen der sekundären Reaktion von Weiler und des galvanischen Lichtreflexes (Bumke) eigens besprochen werden. Weilers Methode besteht darin, daß erst das eine und dann das andere Auge belichtet wird; die Verengerung, die normalerweise auch auf den zweiten Lichtreiz folgt, wird sekundäre Reaktion genannt. Die Methode läuft also kurz gesagt auf den Versuch hinaus, den Lichtreflex zu erschöpfen, mit dem Erfolg, daß beginnende Fälle von Lichtstarre sehr frühzeitig erkannt werden.

Der galvanische Lichtreflex wird so geprüft, daß eine (ca. 80 Quadratzentimeter) große Elektrode auf dem Sternum befestigt oder der Versuchsperson in die Hand gegeben, eine kleinere Reizelektrode dagegen (mit etwa 10 cm Durchmesser) direkt über dem geschlossenen, durch eine Watteschicht vor jedem Drucke geschützten Auge mittels eines um den Kopf gelegten Gummibandes befestigt wird. Stromstärken, die zwischen 0,02 und 0,2 Milli-Ampère gelegen sind, bewirken (und zwar bei Anodenschließung) bei gesunden Menschen zunächst die Empfindung eines Lichtblitzes. Auf etwas stärkere Ströme folgt zugleich eine Pupillenverengerung (die am entgegengesetzten Auge beobachtet wird). Diese ist natürlich quantitativ sehr geringfügig und nicht intensiver als die durch entsprechend kleine normale optische Reize, also einen kurzdauernden Funken etwa, ausgelösten Irisbewegungen. Die Beobachtung des kontralateralen Auges erfolgt mit Hilfe einer vergrößernden Lupe. Bei wiederholter Prüfung des Reflexes tritt eine Erschöpfung ein — genau wie bei der gewöhnlichen optischen Methode —, und länger dauernde Durchstrahlung mit der Kathode führt zu einer Erholung des Reflexes.

Wichtig ist nun, daß das Verhältnis zwischen dem sensorischen und dem pupillomotorischen Effekt bei gesunden Menschen annähernd konstant ist.

Setzt man die Stromstärke, die erforderlich ist, um einen Lichtblitz auszulösen, gleich 1, so braucht man die $1^1/_2$ oder höchstens die $4^1/_2$fache Strommenge, um am andern Auge eine Pupillenbewegung auszulösen. Dieses Verhältnis ändert sich nur unter gewissen abnormen Bedingungen (vgl. unten).

Zum Schluß noch einige Bemerkungen über die Mängel dieser hier beschriebenen Untersuchungsmethoden. Alle Irrtümer, die entstehen können, haben ihre gemeinsame Ursache in der Schwierigkeit, ursächlich verschiedene Reaktionen von ähnlichem Verlaufe so voneinander zu unterscheiden, daß für jede beobachtete Irisbewegung mit Sicherheit ein bestimmter Reiz verantwortlich gemacht werden kann. Der schnelle Ausgleich, den jede Irisbewegung findet, macht für Reaktionen mit quantitativ geringem motorischen Effekt unter Umständen schon die Beantwortung der einfachen Frage schwierig, welche Bewegung die primäre, also die für einen Vorgang charakteristische war. Diese Schwierigkeiten wachsen, wenn mehrere Einflüsse auf die Iris zusammenwirken, sich addieren oder ausgleichen. Wie gesagt genügen minimale Änderungen des die Netzhaut erregenden Lichtreizes, um Irisbewegungen anderer Herkunft zu verdecken. Dazu kommt die Wechselwirkung, die zwischen der einmal in Bewegung geratenen Iris und der die Pupille passierenden Lichtmenge[1]) besteht, ein Fehler, der natürlich wächst, wenn die durchschnittliche Helligkeit des Untersuchungsraumes gesteigert wird.

Der Hauptnachteil aller verfeinerten Untersuchungsmethoden ist der, daß sie nicht allen Kranken gegenüber angewandt werden können. Sie stellen an den Patienten gewisse Anforderungen, denen manche Geisteskranke gar nicht, andere erst in der zweiten oder dritten Untersuchung so weit genügen, daß einwandfreie Resultate gewonnen werden können. Dabei ist noch folgendes zu beachten. Die Tatsache, daß jede Willensanstrengung, jede Muskeltätigkeit, jeder sensible Reiz, jede lebhafte Vorstellung und daß endlich jeder Affekt von einer mäßigen relativen Mydriasis begleitet oder gefolgt ist, macht es notwendig, daß irgendwelche eigene, aktive Tätigkeit der Versuchsperson möglichst vermieden und der Kranke vor Reizveränderungen nervöser und psychischer Art tunlichst geschützt wird. Deshalb muß insbesondere auch auf das Fehlen von stärkeren Affekten — etwa von Angst vor der Untersuchung — geachtet, und unvermeidliche Fehler dieser Art müssen bei der Verwertung der Resultate in Rechnung gesetzt werden.

Eine in der Psychiatrie häufig vorkommende Fehlerquelle endlich beruht in der Beeinflussung der Pupillen durch bestimmte Gifte. Insbesondere das Skopolamin bewirkt für lange Zeit, mindestens für Tage, oft auch über eine Woche hinaus, eine mit mehr oder minder vollkommener Aufhebung der Pupillenbeweglichkeit verbundene Mydriasis. Morphinisten sind, so lange sie unter der Wirkung dieses Giftes stehen, an ihren engen und schlecht reagierenden Pupillen zu erkennen. In der Abstinenz wird die Miosis durch eine Mydriasis abgelöst, bei der unter Umständen sehr lebhafte Reaktionen beobachtet werden können. Ziemlich ebenso wirkt Opium. Brom setzt die Pupillenerregbarkeit etwas herab, ohne an der Weite etwas zu ändern. Auch manche

[1]) Ist die Pupille eng geworden, so wird die Lichtmenge, die auf die Netzhaut fällt, geringer: dadurch wird die Pupille wieder weiter, und nun beginnt das umgekehrte Spiel.



Schlafmittel scheinen sich ähnlich zu verhalten. Über die Wirkung des Adrenalins vgl unten (S. 421).

Pupillenstörungen.

Reflektorische Pupillenstarre.

Die diagnostische Bedeutung, die dieses Symptom in der Neurologie und der Psychiatrie erlangt hat, setzt voraus, daß der Begriff dieses Krankheitszeichens scharf gefaßt wird. Wir nennen eine Pupille reflektorisch starr dann, wenn sie sich auf Belichtung weder desselben noch des anderen Auges, dagegen in normaler Weise bei der Konvergenz verengert, und wenn doppelseitige Blindheit (Reflextaubheit) als Ursache dieser Störung ausgeschlossen werden kann. Kurz gesagt: das Wesen der isolierten reflektorischen Pupillenstarre, des echten Argyll Robertsonschen Zeichens liegt darin, daß sowohl der sensorische, zentripetale, wie der motorische, zentrifugale Schenkel des Reflexbogens intakt und leistungsfähig sind, und daß doch die Reflexübertragung unmöglich geworden ist. Die Iris muß an sich beweglich, die Konvergenzreaktion also ganz ungeschädigt und das Auge muß sehtüchtig sein, wenn wir von reflektorischer Starre sprechen dürfen. Damit ist schon gesagt, daß das Symptom eine zentrale Störung darstellt, dessen Ursache allein zwischen der Endigung der Sehnerven im Kniehöcker und dem Ursprung der für den Sphincter iridis bestimmten Okulomotoriusfasern gelegen sein kann

Die Störung kann ausnahmsweise einseitig auftreten. In solchen Fällen ist also die reflektorisch starre Pupille durch keinen Lichtreiz, mag er das linke oder das rechte Auge treffen, zur Verengerung zu bringen, während die gegenüberliegende Pupille auf die Belichtung sowohl desselben wie des andern Auges reagiert. Der Entwicklung einer wirklichen Lichtstarre geht fast immer ein Stadium voraus, in dem die Lichtreaktion nur quantitativ herabgesetzt ist. (Reflektorische Pupillenträgheit).

Was nun das Vorkommen der isolierten reflektorischen Pupillenstarre angeht, so muß heute zwischen dauernder und vorübergehender Lichtstarre unterschieden werden. Das dauernde Vorhandensein des Symptoms besitzt eine wesentlich größere Bedeutung als das vorübergehende Auftreten.

Vorübergehend, und zwar bis zur Dauer von 6 und mehr Wochen, wird eine Herabsetzung oder Aufhebung der Lichtreaktion bei intakter Konvergenzverengerung ausnahmsweise beobachtet bei Hirnlues, bei Alkoholisten und endlich bei senil Dementen und arteriosklerotischen Kranken. In der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle läßt sich jedoch bei genauer Untersuchung eine Schädigung auch der akkommodativen Verengerung nachweisen. Immerhin machen insbesondere Arteriosklerotiker und Alkoholisten hinsichtlich der Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber doch nicht ganz selten Schwierigkeiten.

Das dauernde Auftreten durch lange Zeit hindurch beweist zunächst, und zwar, wie es scheint mit absoluter Sicherheit, die Tatsache einer luetischen Infektion[1]). Wir besitzen heute, seitdem wir die Frage der Syphilis mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion prüfen können, noch keinen einzigen einwandfreien Fall, in dem reflektorische Pupillenstarre durch Jahre hindurch

[1]) Geschrieben 1913. Die inzwischen erschienene Literatur konnte nicht mehr berücksichtigt werden.

unverändert fortbestanden und nicht zugleich eine Syphilis vorgelegen hätte. Dagegen ist das Symptom allerdings durch Monate hindurch bei nichtluetischen Alkoholisten beobachtet worden (Nonne).

Die Bedeutung der Lichtstarre ist aber damit nicht erschöpft. Innerhalb des Kreises der syphilitischen Individuen beweist die reflektorische Starre mit einer überaus großen Wahrscheinlichkeit, daß entweder Tabes oder progressive Paralyse vorliegt. Selbst bei Hirnlues ist sie relativ selten[1]); hier wird viel häufiger absolute Pupillenstarre oder Pupillenträgheit beobachtet. Noch viel ungewöhnlicher ist die Beobachtung des Symptoms bei luetischen Individuen, die durch viele Jahre hindurch andere Zeichen einer nervösen Erkrankung nicht aufgewiesen haben. Theoretisch macht ein solches Vorkommnis selbstverständlich keine Schwierigkeiten, da sich die betreffenden Fälle als abortive Tabes deuten lassen. Praktisch aber wird man mit diesen extrem seltenen Fällen bei der Diagnose zweifelhafter Geisteszustände kaum zu rechnen haben. Wo psychische Störungen und reflektorische Pupillenstarre zusammentreffen, ist die Diagnose der Paralyse so überaus wahrscheinlich, daß an das Zusammentreffen einer funktionellen Störung mit diesem Pupillensymptom kaum noch gedacht werden kann. Möglich ist dann überhaupt nur die Kombination von Tabes und funktioneller Psychose, und bei der Differentialdiagnose zwischen dieser Möglichkeit auf der einen und der Paralyse auf der anderen Seite wird natürlich das Robertsonsche Zeichen gar keine Rolle spielen.

Nur darf der Satz: wo reflektorische Pupillenstarre vorkommt, da besteht Tabes oder Paralyse, nicht umgekehrt werden. Bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden ist ein wirkliches Fehlen der Lichtreaktion bei dem klinischen Material von Paralytikern nur in etwa 42 oder 44 Prozent (Weiler, Bumke) nachzuweisen. Dazu kommen allerdings noch 40 bezw. 35 Prozent mit träger Lichtreaktion, so daß doch nur 18 bezw. 21 Prozent mit intakter Lichtreaktion übrig bleiben. Wenden wir verfeinerte Untersuchungsmethoden an, so läßt sich ein Fehlen der sekundären Reaktion (Weiler) in 84 Prozent und eine Aufhebung der galvanischen Reflexerregbarkeit (Bumke) sogar in 87 Prozent aller klinischen Fälle beobachten. Bei ambulantem Material werden die Zahlen natürlich niedriger und am Ende der Paralyse steigen sie so sehr, daß das Fehlen des Lichtreflexes unmittelbar vor dem Tode der Paralytiker so gut wie niemals vermißt wird.

Für praktische Zwecke ziemlich bedeutungslos ist die in den letzten Jahren getroffene Feststellung, daß reflektorische Pupillenstarre auch bei Paralytikern beinahe immer mit der Erkrankung der Hinterstränge zusammenfällt. Da sowohl das Fehlen von Hinterstrangsveränderungen wie das Fehlen der Lichtstarre am Ende der Paralyse außerordentlich selten ist, so ist dieses Zusammentreffen nicht besonders auffallend, und der Rückschluß, daß die reflektorische Pupillenstarre überhaupt als ein tabisches, nicht aber als ein paralytisches Symptom anzusehen sei, ist jedenfalls nicht gerechtfertigt. Zutreffend ist nur, daß die Fälle von Lissauerscher Paralyse das Symptom relativ oft vermissen lassen.

---

[1]) Ich selbst habe im Laufe von 16 Jahren 4 sichere Fälle gesehen; 2 davon verloren das Symptom im Verlaufe der Behandlung.



Absolute Pupillenstarre.

Als absolute Pupillenstarre bzw. Pupillenträgheit bezeichnet man Bewegungsstörungen der Pupille, die die Licht- und die Konvergenzreaktion betreffen. Absolut ist in diesem Zusammenhange nicht der Gegensatz von „unvollkommen", sondern von „reflektorisch". Es hat sich herausgestellt, daß die isolierte reflektorische Starre klinisch eine Sonderstellung einnimmt, die auch in scharf geschiedenen Benennungen zum Ausdruck kommen muß. Auf der andern Seite macht es diagnostisch sehr wenig aus, ob eine absolute Pupillenstarre zugleich auch eine vollkommene ist und in der wirklich „absoluten" Unbeweglichkeit des Sphincter iridis besteht. Mit modernen Untersuchungsmethoden läßt sich eine Spur von Konvergenzreaktion noch in sehr zahlreichen Fällen von absoluter Pupillenträgheit nachweisen, während die Lichtreaktion sehr viel früher vollkommen aufgehoben zu sein pflegt.

Die absolute Pupillenstarre tritt entweder isoliert (Sphinkterlähmung) oder in Verbindung mit einer Akkommodationslähmung auf, so daß dann eine vollständige Ophthalmoplegia interna vorliegt.

Was das äußerliche Verhalten der absolut starren Pupillen angeht, so sind sie selbstverständlich in der Regel weiter als normale. Weiler maß Pupillengrößen zwischen 3,2 und 6,8 mm.

Die diagnostische Bedeutung der Störung ist nicht annähernd so groß wie die der isolierten Lichtstarre; das Symptom kann durch eine ganze Reihe von Hirnerkrankungen hervorgerufen werden, unter denen allerdings die syphilitisch bedingten an erster Stelle zu nennen sind. Die reine Sphinkterlähmung wird häufig bei Hirnsyphilis, aber auch bei Tabes und Paralyse, viel seltener bei der senilen Demenz, bei Alkoholisten und bei anderen organischen Hirnerkrankungen beobachtet; die Ophthalmoplegia interna dagegen kommt niemals bei reiner[1]) Tabes oder Paralyse, häufig bei Syphilis, seltener bei andern organischen Gehirnerkrankungen und sehr oft (namentlich bei doppelseitigem Auftreten) aus ganz unerklärter Ursache vor. Freilich darf der Nachweis einer bestehenden Lähmung der Binnenmuskeln des Auges zwar niemals für, aber auch nicht mit Bestimmtheit gegen die Diagnose einer Paralyse verwandt werden, weil immer mit der Möglichkeit einer Kombination von echt paralytischen und syphilitischen Veränderungen des Gehirns gerechnet werden muß.

Absolute Pupillenstarre infolge von Rindeneinflüssen.

Schon oben war von einer absoluten Pupillenstarre, einer Mydriasis mit vollkommener Aufhebung aller Reaktionen infolge hochgradiger Angst als Ausdruck einer abnorm lebhaften sensiblen Reaktion die Rede. Als ausgesprochen pathologisches Vorkommnis beobachten wir etwas Ähnliches im hysterischen Anfall und ausnahmsweise auch außerhalb des Paroxismus bei hysterischen Personen überhaupt (Karplus, A. Westphal). Am häufigsten sind die Fälle, in denen sich auch diese Pupillenstarre mit Mydriasis verbindet; aber auch sehr enge und in der Weite schwankende Pupillen sind bei hysterischen Personen festgestellt worden[2]). Miotische und starre Pupillen bei Hysterischen werden

[1]) d. h. nicht durch sekundär-luetische Veränderungen komplizierter.

[2]) Über die möglichen Erklärungen dieser Vorkommnisse im einzelnen vgl. Bumke „Pupillenstörungen" Seite 170 und folgende.



wir ohne Zwang auf einen Akkommodationskrampf zurückführen müssen; in der mydriatischen Form der hysterischen Pupillenstarre dagegen wird man das letzte — pathologische — Glied in jener Reihe von Erscheinungen erblicken müssen, die mit den minimalen Schwankungen der Pupillenunruhe beginnt und dann in einfacher quantitativer Steigerung aus dem normalen in das krankhafte Geschehen herüberführt. Sie stellen somit ein sekundäres Symptom dar, das mit der Pulsbeschleunigung und der Zyanose im hysterischen Anfall und mit den Veränderungen der Peristaltik und der Vasomotoren in Parallele gesetzt werden muß, die bei hysterischen Kranken beobachtet werden.

Im übrigen ist die Bedeutung dieser Pupillenstörungen für die Diagnose der Hysterie selbstverständlich gering, ja man kann geradezu sagen, daß sie die Erkennung derartiger Krankheitszustände viel mehr erschweren als erleichtern. Die hysterische Pupillenstarre ist so selten, daß der Nachweis einer starren Pupille bei weitem eher gegen als für die Diagnose verwendet werden darf.

Das gilt insbesondere, wenn die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie in Frage steht. Früher galt allgemein der Satz, daß Pupillenstarre in einem Krampfanfall die epileptische Natur dieses Anfalles ohne weiteres bewiese. Das ist — leider — nicht richtig, aber das Vorkommen der Pupillenstarre im hysterischen Anfall ist eine noch größere Ausnahme als ihr Fehlen im epileptischen. Während des epileptischen Krampfanfalls sind die Pupillen beinahe regelmäßig weit und absolut starr. Ob dem Auftreten der Krämpfe eine initiale Pupillenverengerung (Siemens) immer vorausgeht, ist zweifelhaft, dagegen steht fest, daß häufig, und zwar namentlich am Schlusse des Anfalles, hippusartige, starke Schwankungen der Iris auftreten. (Siemerling u. a.).

Endlich haben in neuester Zeit die Untersuchungen von A. Westphal das Vorkommen einer absoluten Pupillenstarre auch bei der Dementia praecox bewiesen. Hier werden bei im ganzen nicht sehr häufigen Fällen vorübergehend Zustände beobachtet, in denen eine Starre mit Mydriasis oder Miosis oder aber auch mit ovalen, tropfen- oder strichförmigen Pupillenformen verbunden ist. Am häufigsten treten solche Pupillenveränderungen im schweren katatonischen Stupor auf, und zwar können die Formänderungen auch ohne gleichzeitige Starre vorkommen. Das Symptom wird gelegentlich auch nur an einem Auge beobachtet.

Veränderungen der Pupillenweite.

Was die Veränderungen der Pupillenweite bei Geisteskranken sonst angeht, so versteht es sich nach dem bisher Gesagten von selbst, daß relativ große Pupillenweiten bei nervös erregbaren Menschen und bei bestimmten psychisch abnormen Persönlichkeiten sonst häufiger beobachtet werden als bei anderen Individuen. Eine besondere diagnostische Bedeutung kommt also diesem Symptom nicht zu.

Wichtiger ist bekanntlich die Miosis als Symptom der Tabes und damit auch einer beginnenden Paralyse. Die frühere Lehre, daß die echte Lichtstarre immer mit Miosis vergesellschaftet sei, hat sich freilich nicht aufrecht erhalten lassen. Bei der Paralyse haben neuere Untersucher (Weiler) diese Verbindung sogar relativ selten feststellen können — im Gegensatz zur Tabes, bei der etwa doch in der Hälfte der Fälle reflektorische Pupillenstarre und Miosis

zusammentreffen. Im übrigen werden miotische Pupillen bekanntlich schon bei normalen Greisen, um so häufiger also bei der Dementia senilis, bei der Morphium-[1]), Opium-, Brom- sowie bei der Tabakvergiftung beobachtet.

Diagnostisch viel wertvoller ist die Pupillendifferenz, die in einem Viertel der Fälle von reflektorischer Pupillenstarre (Weiler) beobachtet wird und die auch als isoliertes Symptom namentlich für die Frühdiagnose der Paralyse große Bedeutung besitzt. Ähnlich ist es mit der Entrundung, die bei tabischen, paralytischen oder an Hirnsyphilis leidenden Menschen überwiegend häufig konstatiert wird. Exzentrische Pupillen dagegen werden relativ oft als angeborene Anomalie beobachtet.

Fehlen der sensiblen Reaktion.

Endlich hat in neuerer Zeit das Fehlen der sensiblen Pupillenreaktion, der Psychoreflexe und der Pupillenunruhe eine gewisse diagnostische Bedeutung erlangt. Bei Dementia praecox-Kranken sehen wir alle diese Reaktionen in einer großen Anzahl der Fälle ausbleiben. Zuerst geht die Pupillenunruhe verloren, dann verschwinden die Psychoreflexe, und schließlich läßt sich auch die Pupillenerweiterung auf sensible, und zwar selbst auf schmerzhafte Reize nicht mehr auslösen[2]). Gelegentlich kommt das Symptom schon in frühen Stadien des Leidens zur Entwicklung, auf der Höhe der Krankheit findet es sich in mehr als der Hälfte der Fälle, und bei tiefverblödeten Kranken wird es so gut wie niemals vermißt. Wo es aber einmal entstanden ist, scheint es sich nicht mehr zurückzubilden. Die diagnostische Bedeutung des Krankheitszeichens beruht darauf, daß es außer bei der Dementia praecox nur noch bei anderen durch schwere, organische Gehirnveränderungen bedingten Verblödungsprozessen (Imbezillität, senile Demenz, Paralyse[3]), epileptische Demenz) niemals aber bei Gesunden, beim manisch-depressiven Irresein oder bei sonstigen funktionellen Geisteskrankheiten vorkommt. Vorübergehend vorgetäuscht werden kann es nur durch lebhafte psychische Erregung (Angst) insofern, als dann eine noch stärkere Beeinflussung der Pupille durch nervöse Einflüsse u. U. nicht mehr möglich ist. Wiederholte Untersuchungen schließen in solchen Fällen jede Möglichkeit eines Irrtums aus, aber auch bei einmaliger Prüfung läßt sich diese Schwierigkeit beinahe immer überwinden. Lebhafte Angst wird ja noch von anderen körperlichen Symptomen (Puls, Atmung) begleitet, die gerade bei gemütlich stumpfen Kranken nicht angetroffen werden; außerdem pflegen „Angstpupillen" auch auf den Lichtreiz schlechter zu reagieren als gesunde. Die Pupillen der Dementia praecox-Kranken aber zeigen durchschnittlich — außerhalb der von A. Westphal beschriebenen Zustände — einen sehr prompten Lichtreflex.

Im übrigen muß das Krankheitszeichen, das uns wiederholt zur Entlarvung von Simulanten oder — häufiger — zur Erkennung eines der Simulation ver-

[1]) In der Morphiumabstinenz werden die Pupillen weit und reagieren gewöhnlich recht gut.

[2]) Die Erklärung des Symptoms muß wahrscheinlich in einer Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit erblickt werden, die eben normalerweise in diesen körperlichen Begleiterscheinungen zum Ausdruck kommt.

[3]) Hier eventuell auch bei noch intaktem Lichtreflex (Weiler).



dächtigen Katatonikers gedient hat, für die einzelnen Formen der jugendlichen Verblödungsprozesse gesondert besprochen werden.

Bei der sogenannten Dementia phantastica (paranoides) haben wir das Symptom niemals angetroffen — ein neuer Grund für die heute allgemein gemachte Annahme, daß sich die Vereinigung dieser paranoischen Formen mit den Katatonien und Hebephrenien nicht länger durchführen läßt.

Bei hebephrenischen Kranken werden die Psychoreflexe im engsten Sinne, also die durch Vorstellungen, Affekte usw. bedingten Schwankungen des Irissaumes und damit auch die Pupillenunruhe, dann immer vermißt, wenn die Krankheit schon länger besteht und zu deutlicher Schwäche geführt hat. In beginnenden Fällen sind die Reaktionen gewöhnlich erhalten. Die reflektorische Erweiterung auf schmerzhafte sensible Reize dagegen läßt sich oft auch nach längerer Dauer des Leidens noch nachweisen.

Bei der katatonischen Form der Dementia praecox finden sich Psychoreflexe und Pupillenunruhe in ausgebildeten, schweren Fällen überhaupt niemals; dagegen läßt sich in 25 Prozent der Fälle die sensible Reaktion noch auslösen.

Die Hoffnung, in diesem Zeichen ein verläßliches Frühsymptom der Dementia praecox erkannt zu haben, hat sich leider nicht erfüllt. Wohl gehen die Pupillenveränderungen anderen katatonischen Krankheitszeichen oft längere Zeit voraus, aber in anderen Fällen läßt uns auch dieses diagnostische Hilfsmittel im Stich. Dagegen ist das Symptom bei verblödeten Kranken wie gesagt so gut wie immer und auf der Höhe der Krankheit in etwa 60% der Fälle zu finden, und das ist deshalb praktisch nicht unwichtig, weil diese Anomalie willkürlich nicht hergestellt werden kann. Gerade die Menschen, die gelegentlich die Simulation eines katatonischen Stupors versuchen, haben gewöhnlich, aus naheliegenden Gründen, sehr „sensible" Pupillen mit lebhaften Psychoreflexen. Insofern darf das Symptom vorläufig – bis es durch bessere diagnostische Methoden verdrängt ist — eine gewisse praktische Bedeutung beanspruchen. Sie wird nur dadurch eingeschränkt, daß seine Feststellung einige Übung des Untersuchers voraussetzt.

Adrenalinversuch.

Eine gewisse Bedeutung für die Diagnose der Dementia praecox hat ferner neuerdings die Untersuchung der Pupillen mittels des Adrenalins beansprucht.

Zum Verständnis der Reaktion seien folgende Bemerkungen vorangeschickt. Das Froschauge antwortet auf die Instillation von Adrenalin in den Konjunktivalsack mit einer Mydriasis. Normale Warmblüter dagegen verhalten sich darin anders. Bei Kaninchen erweitert sich die Pupille auf den gleichen Eingriff hin erst dann, wenn vorher das Ganglion cervicale supremum exstirpiert wurde (Meltzer). Bei Katzen konnte die Pupille adrenalinempfindlich gemacht werden, wenn die Medulla oblongata auf der gleichen Seite durchschnitten oder bestimmte Partien in der gegenüberliegenden Stirnhirnhälfte zerstört wurden. Beim Menschen wurde das gleiche Symptom ebenfalls bei organischen Läsionen des Stirnhirns, bei einer Veränderung der peripheren sympathischen Innervation, ferner bei erhöhter Durchlässigkeit der Kornea und endlich bei bestimmten innersekretorischen Störungen beobachtet.

Diese letzte Tatsache hat I. H. Schultz veranlaßt, das Symptom bei Dementia praecox und zum Vergleich bei anderen Geisteskranken zu prüfen. Er fand Adrenalin-Mydriasis nicht selten bei organischen Hirnaffektionen, vermißte sie stets bei funktionellen Psychosen und bei Psychopathen und beobachtete sie deutlich in etwa 50% und außerdem noch in weniger ausgesprochenem Grade in etwa 15% aller Fälle von Dementia praecox; 15% der Schizophrenen verhielten sich normal und die letzten 15 endlich zeigten eine para-



doxe Reaktion, d. h. eine Pupillenverengerung. Unterschiede zwischen den einzelnen Formen der Dementia praecox haben sich bisher nicht herausgestellt.

Untersuchungsmethode. Adaptation der Augen an eine konstante Beleuchtung mindestens 15 Minuten; Feststellung der Pupillenweiten; darauf werden innerhalb 5 Minuten 3 mal 2 Tropfen einer 1 promill. Lösung von Suprarenin hydrochlor. synthetic. (Höchst) bei rückwärts gebeugtem Kopf in die Konjunktiva eines Auges instilliert, sodann wird das Auge 10 Minuten geschlossen gehalten, und erst dann werden die Pupillenweiten beider Augen mehrfach, in Abständen von 15 und 30 Minuten, verglichen. Zuweilen wird die Differenz erst nach 60 Minuten deutlich; sie bleibt gelegentlich über den anderen Tag bestehen.

Nachprüfungen, die van der Scheer, Antoni und in meiner Klinik (Rostock) C. Wilhelmi gemacht haben, haben die Ergebnisse von Schultz nicht bestätigt. Richtig ist wohl, daß die Adrenalinerweiterung bei Dementia praecox-Kranken häufiger auftritt als bei Gesunden, sie wird aber auch bei Gesunden oder, vorsichtiger ausgedrückt, nachweislich nicht irgendwie Kranken beobachtet und findet sich überdies bei so vielen Kranken der Irrenanstalt sonst, daß ihr eine differentialdiagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden kann.

Veränderungen des galvanischen Lichtreflexes.

Schließlich gestattet uns eine genaue Untersuchung des galvanischen Lichtreflexes eine Unterscheidung jener funktionell-nervösen Störungen, die gewöhnlich unter dem Namen der Nervosität oder Neurasthenie zusammengefaßt werden, sich aber in eine konstitutionelle, angeborene nervöse Anlage und eine erworbene Erschöpfungsneurasthenie trennen lassen.

Oben wurde erwähnt, daß sich die galvanische Licht- und Reflexempfindlichkeit des Auges normalerweise in einem ziemlich konstanten Verhältnis befinden. Höchstens der $4^1/_2$fache Strom dessen, der eine Lichtempfindung hervorruft, genügt, um auch eine Pupillenverengerung eintreten zu lassen. Es hat sich nun zunächst zeigen lassen, daß durch Schlafentziehung ermüdete Personen sich darin anders verhalten. Hier sind 30 oder sogar 40 mal stärkere Ströme zur Erzeugung der Pupillenbewegung als zur Auslösung einer Lichtwahrnehmung erforderlich. Für diese Erscheinung haben wir wahrscheinlich zwei Ursachen anzunehmen: erstens eine Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und zweitens eine Erhöhung der Lichtempfindlichkeit[1]).

Sodann haben Untersuchungen von Haymann und mir gezeigt, daß ganz ähnliche Verhältniszahlen bei nervös erschöpften Individuen gefunden werden, deren Krankheit ganz oder vorwiegend auf exogenen Ursachen beruht.

Genannt seien neurasthenische Zustandsbilder nach einer Influenza, nach Typhus, nach schweren Blutverlusten, bei Phthise oder bei Anämie, ferner die Fälle, in denen ausnahmsweise wirklich einmal Überarbeitung mit Schlafentziehung und ungenügender Ernährung nachzuweisen waren, und endlich die, bei denen Giftwirkungen, insbesondere Alkohol, Tee und Nikotin, für das Leiden verantwortlich gemacht werden mußten. Hier wurden Werte bis zu 1:47 festgestellt. Die unterste Grenze lag bei 1:7, der Durchschnitt bei 1:10. Normal verhielten sich alle funktionellen Pyschosen ebenso wie die Dementia praecox; desgleichen wie gesagt alle angeborenen nervösen Zustände und insbesondere diejenigen Formen der endogenen Nervosität, die ihres periodischen Auftretens wegen an vielen Orten zum manisch depressiven Irresein gerechnet

[1]) Schon durch Untersuchungen von Gilbert und Patrick war bekannt, daß durch Schlafentziehung herbeigeführte Ermüdung u. a. zu einer Erhöhung der Sehschärfe führt.



werden. Daß Krankheitsfälle, bei denen mit der Möglichkeit einer Herabsetzung des Lichtreflexes gerechnet werden mußte, für diese Untersuchungsmethode nicht brauchbar sind, versteht sich von selbst.

Körpergewicht.

Ein körperliches Begleitsymptom seelischer Krankheiten, das namentlich seiner prognostischen Bedeutung wegen immer schon die Aufmerksamkeit der Irrenärzte auf sich gezogen hat, ist die Gewichtsabnahme bzw. die Änderung der Gewichtskurve überhaupt. Der Gewichtsverlust, den wir bei Geisteskranken häufig beobachten, ist zum Teil die einfache Folge der motorischen Erregung oder der ungenügenden Nahrungsaufnahme. Darüber

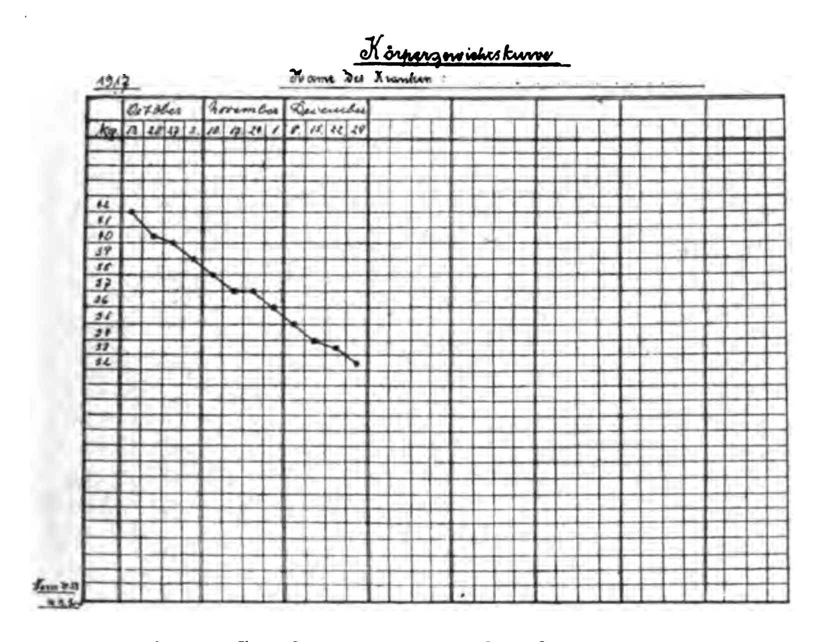


Abb. 63. Gewichtsabnahme bei schizophrener Erregung.

hinaus lehrt die Erfahrung des täglichen Lebens, daß schon bei Gesunden Kummer und Sorgen dieselbe Wirkung zu haben pflegen. Ob diese Wirkung immer erst auf dem Umwege über ungenügenden Schlaf, mangelhafte Ernährung und vermehrte Peristaltik zustande kommt, mag dahingestellt sein. Jedenfalls macht diese normalpsychologische Beobachtung die Tatsache verständlich, daß depressive Psychosen und ängstliche Erregungszustände besonders häufig von einer starken Gewichtsabnahme begleitet werden,

Trotzdem kommen wir mit der Annahme solcher Zusammenhänge für die Erklärung aller Gewichtsveränderungen bei Geisteskranken nicht aus. Gerade bei den endogenen, funktionellen Psychosen, als deren Prototyp Manien und Melancholien zu nennen sind, pflegt die Gewichtsabnahme dem Beginn manifester psychischer Symptome oft längere Zeit voraus zu gehen. Das könnte an einer inneren Unruhe der betreffenden Patienten liegen, die nicht notwendig

nach außen in die Erscheinung zu treten brauchte. Aber diese Annahme wird dadurch unwahrscheinlich, daß vor der Heilung solcher Krankheitsphasen zumeist auch eine Gewichtszunahme erfolgt. Die Änderung der Gewichtskurve geht also der Änderung des psychischen Befindens überhaupt voran. Somit werden wir in dem Verhalten des Körpergewichts ein sekundäres, von dem psychischen Verhalten abhängiges Symptom jedenfalls nicht immer erblicken dürfen. Auf die naheliegenden, theoretischen Überlegungen zur Erklärung dieser Zusammenhänge soll hier nicht eingegangen werden; praktisch ist bei Kranken dieser Gruppe in der Gewichtszunahme ein günstiges, in der Abnahme ein ungünstiges prognostisches Symptom zu erblicken. Umgekehrt wird man eine Besserung des psychischen Befindens solange nicht

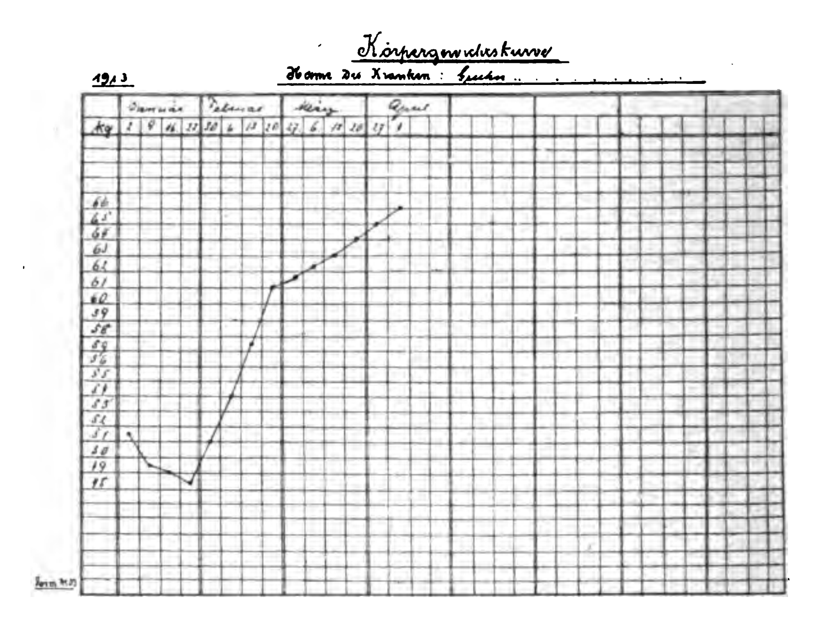


Abb. 64. Gewichtszunahme bei katatonem Stupor.

als endgiltig ansehen dürfen, als sie nicht mindestens von einem Ansteigen der Gewichtskurve gefolgt ist.

Die prognostische und auch die diagnostische Bedeutung dieser Tatsachen wird nun dadurch etwas eingeschränkt, daß der Eintritt einer Verblödung bei der Paralyse z. B., aber auch bei der Dementia praecox nicht selten ebenfalls durch eine Zunahme des Gewichtes angezeigt wird. Fälle, in denen die Diagnose zwischen einer manischen und einer hebephrenischen Erregung schwankt, werden also durch eine solche Besserung der Gewichtsverhältnisse zunächst nur noch unklarer gemacht. Immerhin lassen sich diese Schwierigkeiten in der Mehrzahl der Fälle überwinden. Bedeutet — bei funktionellen Psychosen — die Gewichtszunahme ein günstiges Symptom, so folgt ihr die psychische Besserung bald, spätestens in einigen Wochen; ist sie — bei Verblödungsprozessen — ein Vorläufer des Verfalls, so wird diese Demenz ebenfalls nicht lange auf sich warten lassen.

Als besonders bedenklich hat eine Vermehrung des Körpergewichts von jeher bei Zuständen gegolten, bei denen Wahnideen von melancholischer oder hypochondrischer Färbung geäußert werden, und bei denen der normalerweise mit diesen Gedanken verbundene Affekt eher eine Gewichtsabnahme erwarten

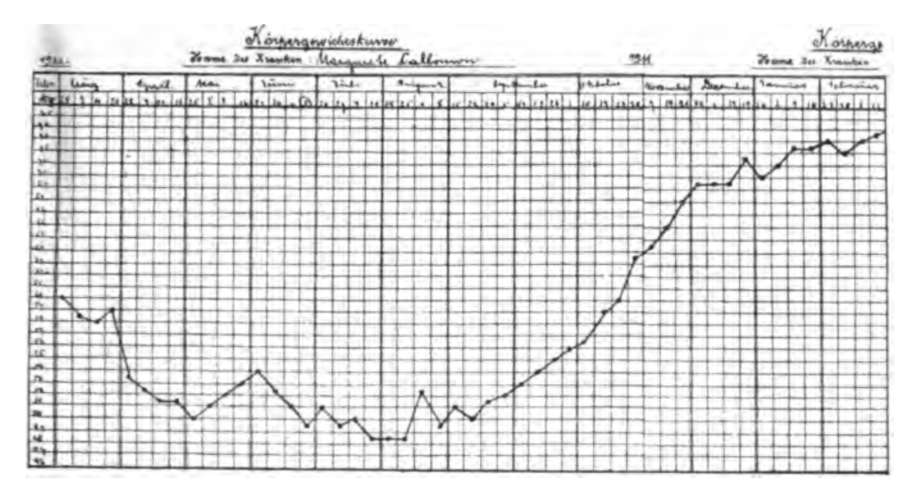


Abb. 65. Gewichtszunahme bei schizophrener Verblödung.

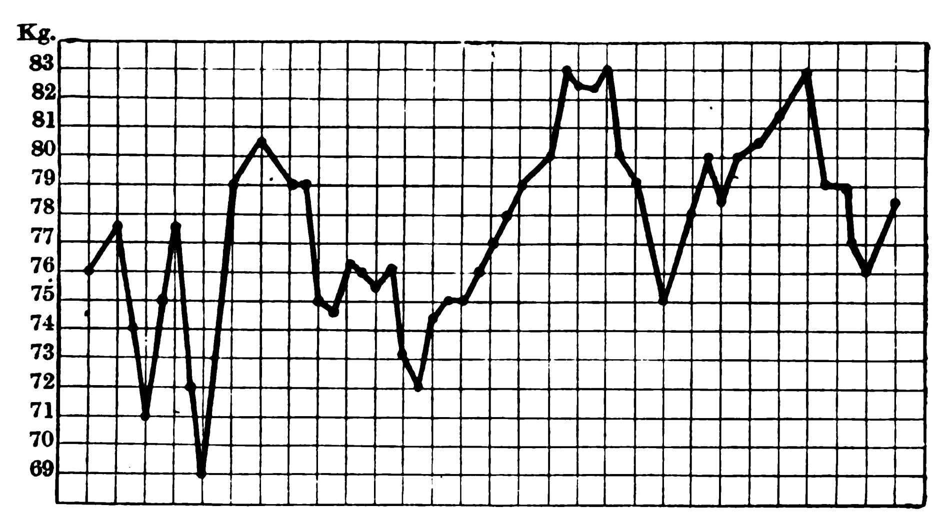


Abb. 66. Gewichtskurve bei Katatonie. Die Senkrechten bedeuten Abschnitte von je 14 Tagen. (Aus *Hoche* Katatonie. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena. Fischer. 1907.)

lassen würde. Hier kann aus der Zunahme des Körpergewichts auf *gemütliche Stumpfheit* geschlossen werden.

Im übrigen kommen gerade im Verlaufe der *Dementia praecox* sehr lebhafte *Schwankungen* der Gewichtskurve nach oben und unten vor, die sich mit Änderungen des psychischen Befindens in eine klare Beziehung nicht bringen



Abb. 67. Gewichtsschwankungen bei Paralyse. (Hoche, Aschaffenburgs Handbuch.)

lassen. Für sie werden wir wieder irgendwelche endogenen Ursachen verantwortlich machen müssen — gleichviel ob diese in direkten Hirneinflüssen oder in Änderungen des Stoffwechsels bestehen. Von der Nahrungsaufnahme sind diese Schwankungen in vielen Fällen ganz unabhängig. Vollkommener Fettverlust trotz reichlicher und starke Zunahme bei normaler Nahrungszufuhr werden beobachtet. Kleinere Schwankungen hängen, wie Rosenfeld gezeigt hat, mit wechselnder Wasserretention zusammen.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der progressiven Paralyse. Auch bei dieser Krankheit beobachten wir in der Regel ein leichtes Sinken des Körpergewichtes im einleitenden Stadium. Dieselbe Neigung besteht während einer einfach verlaufenden dementen Paralyse in der Regel während der ganzen ersten Krankheitshälfte fort. Erst wenn ein höherer Grad von psychischer Schwäche erreicht worden ist, kehrt die Kurve um, und nun wird häufig eine sehr beträchtliche Gewichtszunahme erreicht, die das frühere Durchschnittsgewicht des Patienten sogar überholt. Schließlich aber, im letzten Stadium, pflegt die Gewichtskurve wieder unaufhaltsam bis zum Tode

zu sinken — und zwar trotz reichlicher, ja überreichlicher Nahrungsaufnahme. Die Gewichtszunahme vorher und das eigentümlich pastöse Aussehen, das die Kranken dadurch erhalten, ist für manche Paralytiker in hohem Maße charakteristisch. Auch hier ist es unmöglich, die Schwankungen der Gewichtskurve einfach aus dem psychischen Verhalten der Kranken zu erklären. Besonders die Abnahme des Körpergewichtes am Schluß erfolgt in der Regel so elementar, daß sie notwendig auf zerebrale Einflüsse oder auf Stoffwechselstörungen zurückgeführt werden muß. In vielen Fällen beobachten wir überdies genau wie bei manchen Katatonien ein regelloses An- und Abschwellen des Gewichtes, das keineswegs immer dem wechselnden psychischen Verlauf parallel geht.

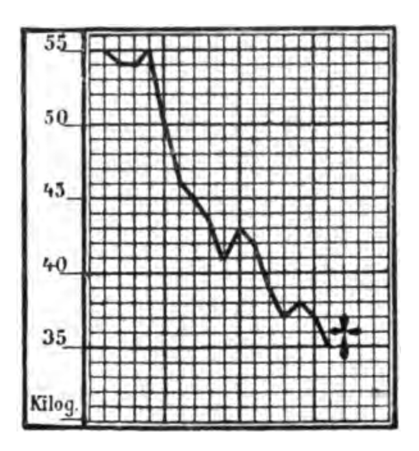


Abb. 68. Gewichtsabnahme bei galoppierender Paralyse. (Hoche, Aschaffenburgs Handbuch.)

Menstruation.

Während sich aus den Änderungen des Körpergewichts, wenn auch mit großer Vorsicht, doch wenigstens zuweilen gewisse diagnostische Schlüsse ableiten lassen, hat sich ein anderes Krankheitszeichen, das mit dem soeben besprochenen oft zusammentrifft, als ganz unbrauchbar erwiesen, verschiedene Geisteskrankheiten von einander zu unterscheiden. Das ist die Cessatio mensium. Die Unterbrechung der regelmäßigen Menstruation ist in Irrenanstalten sehr häufig. Sie kann in allen Stadien der Geisteskrankheiten auftreten und geht auch hier in einem kleineren Teil der Fälle den ausgesprochenen psychischen Symptomen voraus. Häufiger aber bleibt die Periode ert nach mehr oder weniger langem Bestehen der Psychose fort und stellt sich — wiederum im Gegensatz zum Verhalten der Gewichtskurve — recht oft erst nach völliger Besserung der psychischen Symptome wieder ein.

Die differentialdiagnostische Bedeutung dieser Menstruationsstörungen ist gleich Null. Innerhalb der Irrenanstalt (in Freiburg) hat Haymann sie nur bei einer so überaus seltenen Krankheit wie der chronischen Paranoia vermißt. Selten wurde das Symptom bei Imbezillen, nicht viel häufiger bei hysterischen Psychosen und anderen psychopathischen Zuständen beobachtet. Dagegen fand sich ein Sistieren der Menses bei den epileptischen Psychosen in annähernd der Hälfte aller Fälle, bei den Anfällen des manisch-depressiven Irreseins in einem Drittel, und zwar bei Manien ungefähr ebenso oft wie bei der Melancholie. Noch etwas häufiger ist das Symptom bei den endogenen Verblödungen, und zwar wieder besonders bei der Katatonie, am seltensten bei der Dementia phantastica (paranoides). Ungefähr ebenso oft wie bei den jugendlichen Verblödungsprozessen endlich wird es bei den grob organisch bedingten Seelenstörungen (einschließlich der Paralyse) angetroffen. Auch bei den Intoxikationspsychosen tritt es auf und zwar bei den endogen bedingten ebensowohl

wie bei den exogenen. Mit anderen Worten: die cessatio mensium ist höchstens als Gradmesser für die Schwere einer Erkrankung zu verwerten, ohne irgendwelche speziellen Schlußfolgerungen zuzulassen.

Puls.

Vielfache, namentlich ältere Arbeiten haben sich bemüht, aus dem Pulsbilde differentialdiagnostische Schlüsse abzuleiten. Die Hoffnungen, von denen diese Untersuchungen ausgingen, haben sich nicht erfüllt. Selbstverständlich sehen wir an dieser Stelle von einer Darstellung der arteriosklerotischen Veränderungen des Pulses ebenso ab wie von der Beeinflussung der Pulsfrequenz durch den Hirndruck etwa. Bei der Erkennung der eigentlichen Geisteskrankheiten aber fördern uns genauere, etwa mit dem Sphygmographen aufgenommene Pulskurven so gut wie gar nicht.

Dagegen lassen sich bestimmte Zustandsbilder mit Hilfe der Beobachtung des Pulses doch wesentlich leichter erkennen, als es sonst der Fall sein würde. Ein frequenter, kleiner gespannter Puls ist schon bei normalen Menschen ein fast nie fehlendes Symptom lebhafter Erregung, innerer Spannung und insbesondere von Angst. Dieses Symptom kann somit da, wo bei Geisteskranken die mimischen Äußerungen solcher Affekte willkürlich unterdrückt werden, von Wert sein. Wir beobachten bei nahezu allen ängstlichen Erregungszuständen, welcher klinischen Krankheitsform sie auch angehören mögen, hohe Pulszahlen im Verein mit einer starken Spannung der peripheren Gefäße (Drahtpuls) und dementsprechend mit hohen Blutdruckwerten.

Die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins sollten nach früherer Lehre von dieser Regel abweichen und im allgemeinen mit einer Pulsverlangsamung verbunden sein. Weber hat neuerdings zeigen können, daß das nicht zutrifft; der Puls ist auch hier beinahe immer frequenter als in der Norm, nur ist diese Abweichung bei ängstlich erregten Patienten noch größer als bei gehemmten.

Insofern verhält sich die Pulsfrequenz bei der Manie nicht viel anders. Ja im Gegensatz zu früheren Erwartungen finden wir normale oder selbst subnormale Zahlen bei hypomanischen Kranken häufiger als bei gehemmten Depressiven. In heftigen Erregungszuständen aber ist die Herzschlagfolge auch hier sehr vermehrt.

Trotzdem besteht ein ziemlich regelmäßiger Unterschied zwischen Manie und Melancholie, der freilich nicht die Frequenz, sondern die Qualität des Pulses angeht. Er beruht auf dem verschiedenen Verhalten des Gefäßtonus: in den Depressionszuständen besteht, wie erwähnt, in der Regel eine oft maximale Kontraktion der Gefäßwand; bei manischen Kranken ist das Arterienrohr häufig vollkommen entspannt. Dementsprechend treten hier die peripheren Gefäße, an den Schläfen z. B., deutlich hervor, und der Puls ist voll, weich, gelegentlich etwas hebend. Bei der Melancholie sind die peripheren Teile des Körpers blaß und die Arterien nicht sichtbar, und der Puls ist klein und ohne hohe Gipfel.

Natürlich gelten diese Unterschiede nur für bestimmte, wenn auch häufige Durchschnittstypen, die Diagnose wird auf sie niemals aufgebaut werden dürfen. Zudem können sich diese Symptome von einer Minute zur andern ändern, wenn

die Änderung auch in der Regel der des psychischen Zustandes parallel geht. Die Gefäße ängstlicher Patienten werden während des Zuspruchs des Arztes weich, und die Herzfrequenz aller erregten Menschen nimmt unter gleichen Umständen ab; auf der andern Seite führen bei zahlreichen Psychopathen leichte psychische Erregungen und selbst minimale körperliche Anstrengungen eine starke und unter Umständen auch schwer ausgleichbare Erhöhung der Pulszahl herbei, die oft viel weiter geht, als es unter gleichen Umständen durchschnittlich bei Arteriosklerotikern der Fall ist. Bekanntlich gehören manche Unfallspatienten zu dieser Gruppe von „Herzneurotikern". Erwähnt sei noch, daß bei vielen nervös erregten Menschen auch eine vermehrte Pulsation der periphersten Arterien beobachtet wird.

Stärkere Änderungen der Herzfrequenz finden wir endlich auch bei Dementia praecox-Kranken, und zwar hier auch unabhängig von merkbaren Änderungen des psychischen Befindens. Seit langem sind abnorm niedrige Pulszahlen im Stupor bekannt. Bleuler berichtet aber auch von Sprüngen der Pulsfrequenz von 80 auf 130 und sah eine Pulszahl von 140 bei leicht Stuporösen, bei denen eine innere psychische Erregung als Ursache dieser Herzbeschleunigung doch nicht angenommen werden konnte. In manchen anderen Stuporfällen muß man natürlich die Wirkung der Muskelspannungen auf das Herz für die Pulsbeschleunigung verantwortlich machen. Aber auch psychische Einflüsse bleiben bei Schizophrenen keineswegs immer ohne Erfolg, eine Tatsache, die namentlich mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Pupillen- und pletysmographischen Untersuchungen auffallend und wichtig ist. Es steht fest, daß der Puls bei Katatonikern gelegentlich infolge irgend einer seelischen Erregung, z. B. infolge des Hinzutretens des Arztes, schneller schlägt, während sonst keine Spur von mimischer oder vasomotorischer Erregung bei ihnen wahrzunehmen ist. Im Gegensatz dazu klagen solche Kranken unter den gleichen Umständen nicht wie andere nervöse Menschen über Herzklopfen (Bleuler).

Blutdruck.

Stärkere Beachtung, als sie bisher zumeist erfahren haben, scheinen nach manchen neueren Untersuchungen die Änderungen des Blutdruckes bei Geisteskranken zu beanspruchen. Diese Änderungen werden entweder mit dem Riva-Roccischen oder aber mit dem Recklinghausenschen Apparat festgestellt. Dieser hat den Vorzug, daß bei einiger Übung der systolische und der diastolische Druck gesondert bestimmt werden können. In erster Linie werden solche Bestimmungen natürlich da von Wert sein, wo die Möglichkeit einer arteriosklerotischen Hirnerkrankung in Frage steht. Darauf kann hier nicht eingegangen werden. Wichtig ist dagegen für differentialdiagnostische Zwecke, daß eine Steigung des Blutdruckes auch bei rein funktionellen Neurosen und Psychosen beobachtet wird. Es unterliegt heute keinem Zweifel mehr, daß die endogene Nervosität sowohl wie die erworbene Neurasthenie vorübergehend (durch vermehrte Herztätigkeit und durch Kontraktion der peripheren Gefäße) zu starken Blutdruckerhöhungen führen, die dann der Unkundige als Anzeichen einer beginnenden Arteriosklerose zu deuten geneigt ist. Insbesondere die Angst ist, wie gesagt, stets mit einer Kontraktion der kleineren und kleinsten Arterien und damit mit einer Drucksteigerung im

arteriellen System verbunden. Die Differentialdiagnose wird in solchen Fällen gelegentlich durch eine einfache Maßregel gefördert, die die Patienten abzulenken versucht. Fordert man sie auf, von 100 an rückwärts zu zählen, so pflegt der Blutdruck allmählich, wenn auch nicht auf die Norm, herabzusinken. Im übrigen hat Thomsen bei Nervösen festgestellt, daß der Blutdruck ohne nachweisbare Ursache von einem Tage zum andern erhebliche Schwankungen aufweist, und zwar ohne daß diese Schwankungen zu den subjektiven und objektiven Symptomen der Neurose sonst deutliche Beziehungen erkennen ließen.

Beim manisch-depressiven Irresein sollte sich der Blutdruck nach den übereinstimmenden Angaben älterer Autoren je nach der Krankheitsphase

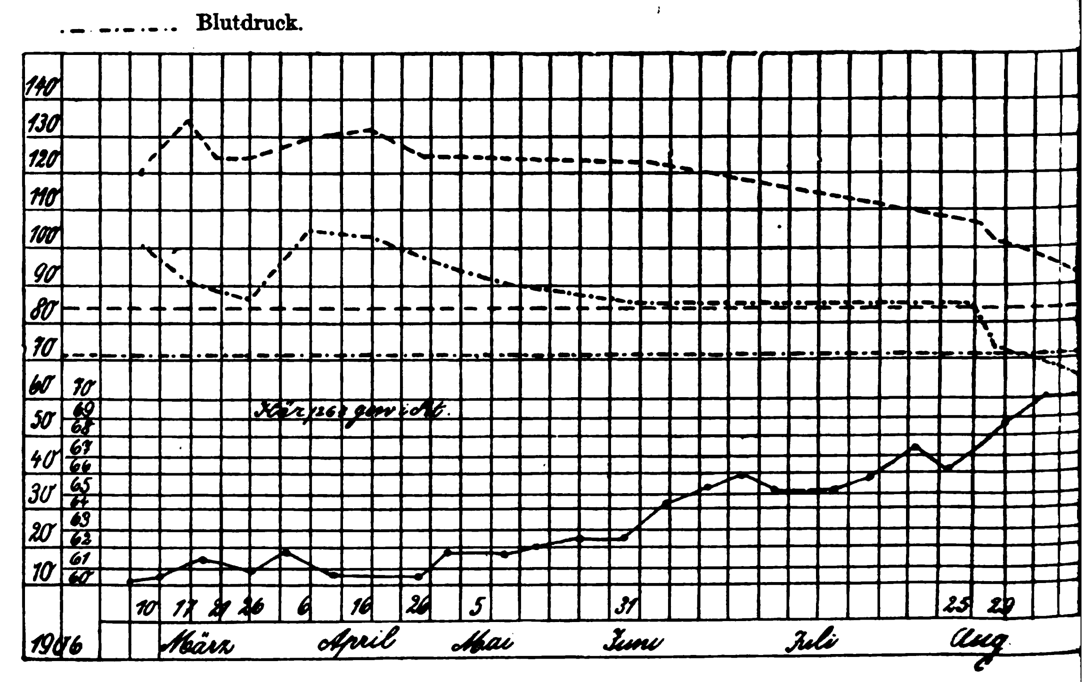


Abb. 69. Aus Kraepelins Psychiatrie. 8. Aufl. 3. Bd. S. 1235. Fig. 224.

verschieden verhalten. Nach neueren Untersuchungen scheint eine Erhöhung in allen Stadien die Regel zu sein. Bei Melancholien und zwar insbesondere in der depressiven Erregung konstatierten Pilcz und ebenso neuerdings Weber besonders starke Steigerungen, Pilcz hat einmal sogar 170 mm gemessen. Demgegenüber gibt allerdings Falciolla neuerdings an, in solchen depressiven Zuständen, die nicht mit Angst verbunden waren, sogar eine Herabsetzung des Blutdrucks regelmäßig konstatiert zu haben. Bei manischen Kranken war der Blutdruck von früheren Autoren herabgesetzt gefunden worden; Weber fand ihn aber auch hier, und zwar sowohl in der Erregung wie im manischen Stupor erhöht, während Bickel eine solche Blutdruckerhöhung als selten und nicht erheblich bezeichnet. Eine einheitliche Erklärung dieser Symptome ist wohl nicht möglich. Bei den Depressionszuständen freilich leitet sich die

Erhöhung des Blutdrucks aus der Herzfrequenz und der Gefäßspannung ohne weiteres ab, bei der Manie aber fällt doch das letzte Moment fort, und einen mechanischen Widerstand findet das Herz in der Peripherie des Körpers jedenfalls nicht. Wohl aber wird auch hier die Vermehrung der Herzschlagfolge den Blutdruck erhöhen. Möglicherweise treten aber dazu noch ganz andere — chemische — Momente, die wir bis heute nicht oder nur ungenügend (Adrenalin!) kennen.

Im ganzen sind also beim manisch-depressiven Irresein Pulsfrequenz und Blutdruck erhöht, und beide Kurven können somit als Gradmesser für die Schwere eines Anfalles dienen. Sehr deutlich zeigt das Fig. 69, auf der Kraepelin neben diesen Kurven die — natürlich entgegengesetzt verlaufende — Linie des Körpergewichtes in einem solchen Falle wiedergegeben hat.

Auch bei Dementia praecox-Kranken hat Weber systematische Untersuchungen angestellt und niedrige oder höchstens mittlere Werte, besonders im Stupor, gemessen. Demgegenüber gibt Stoddart an, höhere Druckwerte gefunden zu haben, und zwar wiederum besonders bei stuporösen Kranken. Kraepelin schreibt: der Blutdruck ist in der Regel herabgesetzt, schwankt jedoch ziemlich bedeutend.

Von Schmidt ist neuerdings behauptet worden, subkutane Adrenalin-Injektionen (0,4—0,5 mg) führten bei Gesunden regelmäßig zu einer Blutdrucksteigerung um 20—80 mm Hg, und diese Reaktion bliebe bei Dementia praecox-Kranken aus oder erreichte doch höchstens Werte von 18 mm Hg. Nachuntersuchungen in meiner Klinik (Rostock) durch Gertrud Severin haben ergeben, daß schon der erste Teil dieser Behauptung nicht zutrifft. Zum mindesten führen nicht alle heute verfügbaren Adrenalinpräparate bei Gesunden eine merkbare Blutdrucksteigerung herbei — vorausgesetzt, daß die Injektion subkutan und nicht intravenös erfolgt, was der Gefährlichkeit des Mittels wegen nicht zulässig sein würde.

Vasomotorische Störungen.

Die diagnostische Bedeutung der vasomotorischen Störungen wird dadurch eingeschränkt, daß wir nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse eine scharfe Grenze zwischen funktionellen, toxisch bedingten und organischen Veränderungen nicht zu ziehen vermögen. Dazu kommt, daß Anomalien der Gefäßinnervation schon bei Leichtnervösen sehr häufig sind, so daß sich ihr Vorhandensein für eine spezielle klinische Diagnose nur selten verwerten läßt. Um so wertvoller ist ihre Feststellung natürlich da, wo die Nervosität als solche erst nachgewiesen werden soll.

Was das Vorkommen der vasomotorischen Störungen angeht, so können die Verhältnisse bei zerebralen und spinalen Lähmungen hier nicht berücksichtigt werden. Bei Paralytikern sehen wir nicht selten außer Dermographie auch flüchtige Ödeme und Zyanose. Alkoholisten und insbesondere Delirium tremens-Kranke fallen gewöhnlich durch die Erweiterung der Kopfgefäße und durch ihre starke Schweißabsonderung auf. An die Verhältnisse beim Basedow kann hier nur erinnert werden. Wichtig ist, daß Basedowsche Symptome gelegentlich bei Manisch-Depressiven beobachtet werden. (Kraepelin). Auch Wallungen, Schwitzen, Dermographie, starke Erytheme sehen wir bei diesen Kranken zuweilen auftreten. Regelmäßig pflegt das Gesicht von manischen Patienten gerötet, das der depressiven fahl und grau auszusehen.

Außerdem finden wir bei diesen infolge der Gefäßspasmen auch die Extremitäten kalt und blaß.

Bei Psychopathen aller Art, konstitutionell Nervösen, Neurasthenikern und Hysterischen beobachten wir vasomotorische Störungen wie gesagt sehr häufig. Plötzlich auftretende Hyperämien oder aber Gefäßspasmen, allgemein oder in einzelnen Gefäßgebieten auftretend, finden wir ebensowohl bei angeborenen wie bei erworbenen nervösen Zuständen. Immerhin weist die Neigung zu kalten, blassen, blauverfärbten oder aber zugleich feuchten Händen im allgemeinen auf das Vorliegen eines konstitutionellen Moments hin. Dermographie, Wallungen, Wechsel zwischen Röte und Blässe des Gesichts finden wir häufig auch bei Unfallspatienten.

Besonderes Interesse haben namentlich in den letzten Jahren die vasomotorischen Störungen der Dementia praecox-Kranken erregt. Zuweilen sieht man eine starke Zyanose der Hände oder der unteren Extremitäten bei katatonischen Zuständen, insbesondere im Stupor, auftreten. Sie erstreckt sich nicht ganz selten auch auf das Gesicht und kann keineswegs in allen Fällen als bloße Folge der Bewegungslosigkeit gedeutet werden.

Das gleiche gilt für manche Ödeme — nur daß bei Kranken, die jahrelang unverändert still-stehen, gewisse Stauungserscheinungen an den Beinen natürlich nicht als eigenes Krankheitssymptom gedeutet werden dürfen. Auch dem Mxyödem ähnliche Verdickungen der Haut hat Kraepelin bei Schizophrenen beobachtet. Bleuler erwähnt eine Gefäßbrüchigkeit, die sich in der Neigung zu Hautblutungen aus kleinstem Anlaß äußert.

Im Anschluß an die vasomotorischen Störungen seien noch die der Schweißsekretion erwähnt, die ebenfalls nicht selten bei Katatonikern beobachtet werden. Neben starken und plötzlichen allgemeinen oder lokalisierten Schweißausbrüchen beobachten wir hier gelegentlich auch ein Versiegen der Schweißproduktion. Hoche erwähnt bei Dementia paecox-Kranken auch eine abnorm starke Absonderung der Talgdrüsen.

Von sonstigen abnormen Erscheinungen sei die Neigung mancher Psychopathen zu hohen Temperaturen bei unverhältnismäßig kleinem oder ohne nachweisbaren äußeren Anlaß und das gelegentliche Vorkommen einer ungewöhnlich niedrigen Temperatur bei Schizophrenen erwähnt.

Die Untersuchung des Urins hat diagnostisch brauchbare Ergebnisse trotz mancher viel versprechender Anfänge, die bei der Epilepsie und gewissen Formen der Nervosität gemacht worden sind, bis heute noch nicht ergeben. Eiweiß beobachtete Reichardt beim katatonischen Stupor (und zwar bis zu 5 ‰), ich selbst bei einem nicht eigentlich stuporösen Katatoniker (bis zu 14 ‰), ohne daß sich irgend ein Zusammenhang zwischen diesen Symptomen und der Psychose hat nachweisen oder auch nur wahrscheinlich machen lassen.

Blutverteilung.

Tabelle[1]).

+ bedeutet Zunahme, — Abnahme der Blutfülle des betreffenden Körperteiles.

	Gehirn	Äußere Kopfteile	Bauch-organe	Glieder und äußere Teile des Rumpfes
Bei Entstehung von Bewegungsvorstellungen (mit oder ohne Ausführung der Bewegung) . . .	+	—	—	+
Bei geistiger Arbeit	+	—	+	—
Bei Schreck	+	—	+	—
Bei Lustgefühlen	+	+	—	+
Bei Unlustgefühlen	—	—	+	—
Im Schlaf	+	—	—	+

Eine gewisse Bedeutung hat für die Erkennung krankhafter Geisteszustände in letzter Zeit die Untersuchung mit dem Plethysmographen erlangt. Physiologische Arbeiten durch Lehmann, Berger und in neuester Zeit durch Ernst Weber haben gesetzmäßige Beziehungen zwischen bestimmten psychischen Zuständen und der Verteilung des Blutes in verschiedenen Abschnitten des Körpers aufgedeckt — Beziehungen, die in der oben abgedruckten Tabelle von Weber kurz dargestellt sind. Die Feststellung dieser Verhältnisse ist natürlich zu schwierig, als daß sie bei Geisteskranken erfolgen könnte, und vielleicht bedürfen Lehmanns und Webers Ergebnisse im einzelnen auch noch der Nachprüfung. Eine physiologische Tatsache steht jedoch heute so fest, daß sie zum Ausgangspunkt für Untersuchungen an Kranken wohl dienen kann: das ist die Senkung der Volumkurve in der Peripherie des Körpers, also am Arm z. B., die auf alle stärkeren Reize zu folgen pflegt. Sie entspricht durchaus der Pupillenerweiterung, der sensiblen Reaktion der Iris, und hängt wie diese im wesentlichen von dem Interesse ab, das die untersuchte Person dem auf sie ausgeübten Reiz entgegenbringt.

Zu Untersuchungen an Kranken wird am besten ein Lehmannscher Apparat[2]) für den Arm benutzt, der auf einem Brett befestigt und an Schnüren freischwebend aufgehängt wird. Der Abschluß am Oberarm erfolgt durch einen doppelwandigen und mit Luft zu füllenden Gummiärmel und eventuell durch eine Flanellbinde, die je nach Bedarf vor dem Anziehen dieses Ärmels um den Arm gewickelt wird. Die Volumschwankungen werden mit Hilfe einer Mareyschen Kapsel auf einem Kymographion, das für diese Untersuchungen notwendig mit einer Heringschen Schleife versehen sein

[1]) Aus Ernst Weber. Physiologische Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge. Lewandowskys Handbuch der Neurologie. I. 443.

[2]) Zimmermann in Leipzig.

muß, aufgeschrieben; gleichzeitig wird die Zeit vermittels eines Jaquetschen Chronometers notiert. Großer Wert ist auf die Luftdichtigkeit des registrierenden Systems, also insbesonders der Mareyschen Kapsel, zu legen; kleine Undichtigkeiten genügen, um alle Volumänderungen sofort auszugleichen, die Kurve also zu einer geraden Linie umzugestalten. Gleichzeitig mit der Volumkurve und den Pulsen werden die Atembewegungen mit Hilfe eines Pneumographen (nach Bert oder nach Lehmann) aufgezeichnet. Ein solcher (Bertscher) Pneumograph besteht in einer zylindrischen Glasröhre von etwa 9 cm Länge, die leicht gebogen und an den offenen Enden mit einer Gummimembran überspannt ist. In der Mitte dieser Membran greift eine Schnur an, die um den Thorax gelegt und leicht angezogen wird. Durch einen Schlauch ist der Innenraum der Röhre mit einem Schreiber (Mareysche Kapsel) verbunden, so daß jede Inspiration durch eine Senkung der Atemkurve angedeutet wird.

Als Reize dienen dieselben, die wir bei der Prüfung der Psychoreflexe der Pupille auch anwenden: Berührungen, schwache Geräusche, Geschmacks- und Geruchsreize; geistige Arbeit, wie Lesen, Multiplizieren, Addieren; Schreck durch das Fallenlassen eines Schlüssels etwa und Schmerz durch einen Nadelstich oder einen Ätherguß; endlich ist es zweckmäßig, auch die Reaktion auf gespannte Erwartung dadurch zu prüfen, daß man einen neuen Reiz durch „Achtung" ankündigt.

Als Fehler kommen, wenn die Apparatur in Ordnung ist, nur Muskel- und zwar namentlich Fingerbewegungen der Versuchsperson in Frage. Auch diese Fehlerquelle vermag die Ergebnisse nicht wesentlich zu trüben, wie insbesondere Küppers gezeigt hat; die Wirkung dieser Fingerbewegungen ist nicht so, daß sie mit den in Betracht kommenden Änderungen der Volumkurve verwechselt werden könnte. Auf die Wirkung psychischer Spannung beim Gesunden soll unten eingegangen werden.

Eine in normaler Weise bei gesunden Personen aufgenommene Kurve wird durch folgende Schwankungen gekennzeichnet. (Küppers)

A. Periodische Wellen, und zwar

1. pulsatorische Volumschwankungen, die eine gleichzeitige sphygmographische Aufnahme entbehrlich machen und über die Pulsfrequenz und Pulsform Auskunft geben.

2. Respiratorische Volumschwankungen, die von dem Einfluß des Atemzentrums auf das Gefäßbewegungszentrum, ferner aber auch von der mechanischen Einwirkung der Atembewegungen auf die Herzaktion abhängen. Sie lassen sich bei vorsichtiger Versuchsanordnung beinahe ganz zum Verschwinden bringen. Wo sie stark auftreten, wie in Abb. 70, beruhen sie überhaupt auf einem sekundären, mechanischen Moment; dann steckt der Arm zu lose in dem Gummiärmel und wird mit jedem Atemzug in den Pletysmographen bezw. aus diesem herausgeschoben. Sehr deutlich wird das durch die Kurven der Abb. 71 bewiesen. Hier ist in der obersten Reihe die Atmung aufgeschrieben, Kurve 2 registriert die Armbewegungen, Kurve 3 die „Atemschwankungen" der Volumkurve, und Kurve 4 zeigt dieselbe Volumkurve, nachdem dieses mechanische Moment durch eine um den Arm gewickelte Flanellbinde, die das Gleiten verhinderte, ausgeglichen worden war.

3. Die sog. S. Mayerschen Wellen, eigentliche vasomotorische Volumschwankungen, die wahrscheinlich durch die periodische Tätigkeit des Gefäßbewegungszentrums bedingt sind (vergl. Abb. 72). Ihre Periode ist größer als die der Atemschwankungen und von diesen unabhängig.



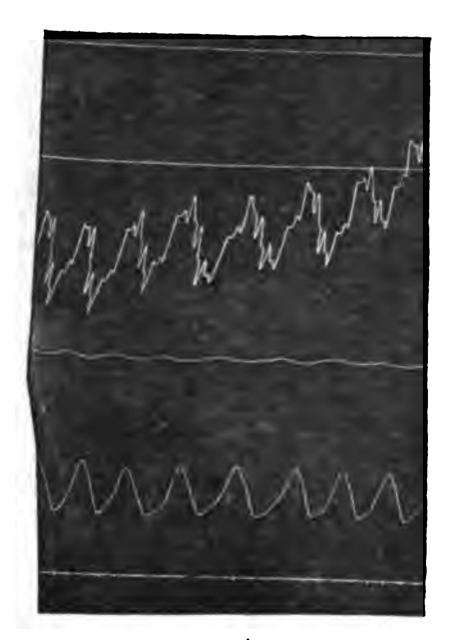


Abb. 70. Respiratorische Volumschwankungen.

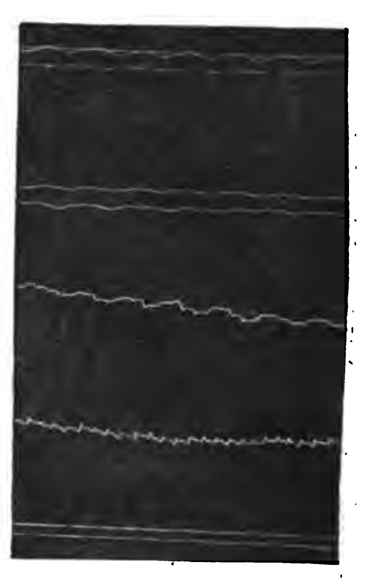


Abb. 71. Armbewegungen und „Atemschwankungen".

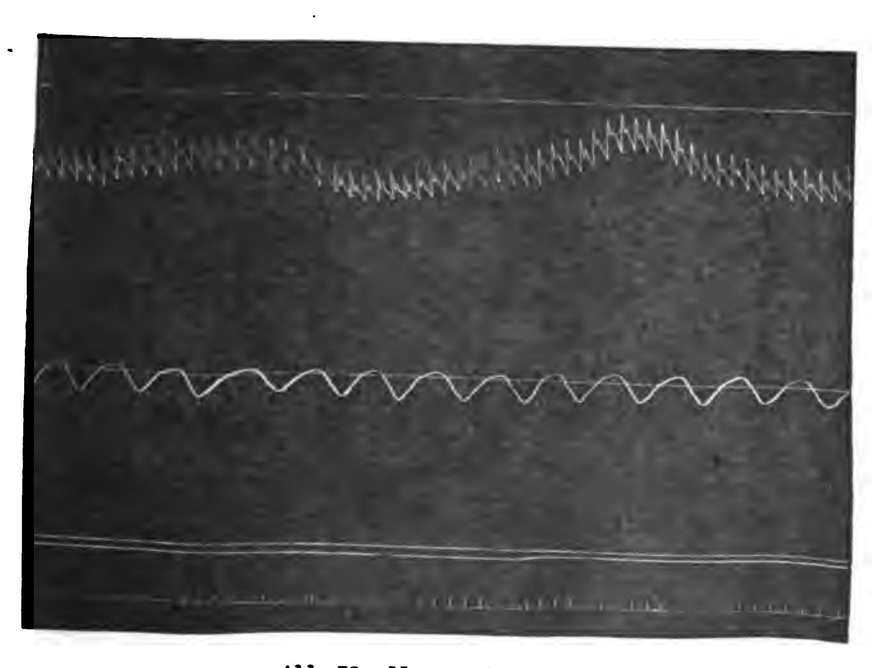


Abb. 72. Mayersche Wellen.

4. Die Traube-Heringschen Wellen sind für unsere Zwecke unerheblich, weil sie nur nach längerem Sistieren der Atmung auftreten

Um so wichtiger sind

B. die aperiodischen Volumschwankungen: Fast alle Eindrücke, die die Aufmerksamkeit der Versuchsperson fesseln, werden von einer Volum-

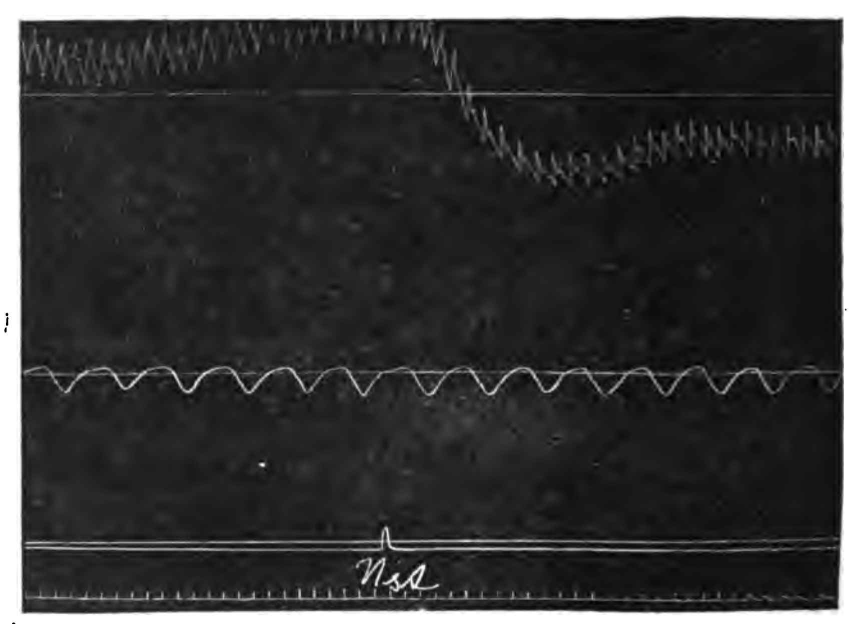


Abb. 73. Normale Volumsenkung mit positivem Vorschlag.

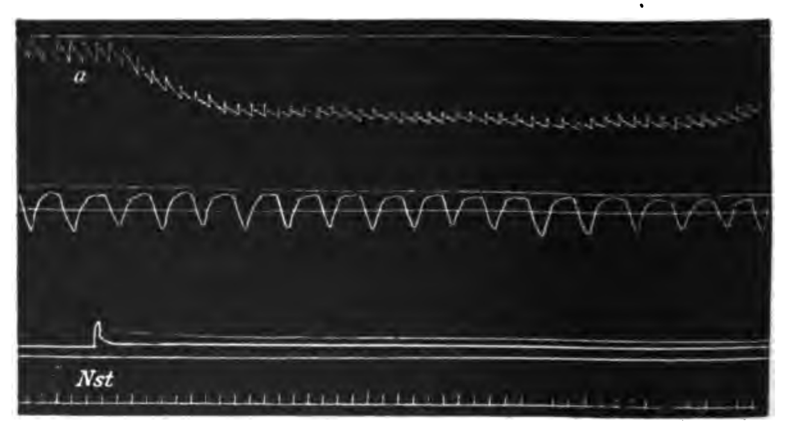


Abb. 74. Küppers. Plethysmogr. Untersuchungen. J. D. Freiburg. 1912

senkung gefolgt, die Abb. 73 und 74 veranschaulichen. Der eigentlichen Senkung geht häufig, wie Abb. 73 zeigt, eine leichte Hebung, ein geringer positiver Vorschlag, voraus. Während der Wirkung eines Reizes — gleichviel um was es sich dabei handelt — während also das Armvolumen sinkt, erfahren die Atemschwankungen und die Mayerschen Wellen eine Abschwächung.

Diese Reaktion tritt nun, soweit die bisherigen Untersuchungen[1]) ein Urteil zulassen, nicht nur bei allen Geistesgesunden, sondern auch bei allen Geisteskranken mit Ausnahme der Dementia praecox ein. Hier aber wird sie in 60 % aller Fälle (allerdings nach Ausschluß der Dementia phantastica) vermißt (vergl. Abb. 75), also mit genau derselben Häufigkeit, in der die Psychoreflexe der Pupille bei diesem Leiden fehlen. Auch sonst bestehen vielfache Beziehungen zwischen beiden Symptomen. Wieder ist die Katatonie überwiegend beteiligt, und wieder tritt das Krankheitszeichen besonders häufig auf der Höhe des Stupors auf; bei alten Fällen wird es häufiger, im Beginn seltener angetroffen. Auch darin besteht eine Analogie, daß die Senkung der Volumkurve, die bei normalen Menschen mit einer geistigen Arbeit oder irgend einer Tätigkeit der Aufmerksamkeit sonst verbunden zu sein pflegt, bei Kranken früher ausbleibt als die Reaktion auf schreckhafte oder schmerzhafte Reize — genau so, wie die sensible Reaktion bei Dementia praecox-Kranken später zu verschwinden pflegt als Pupillenunruhe und Psychoreflexe.

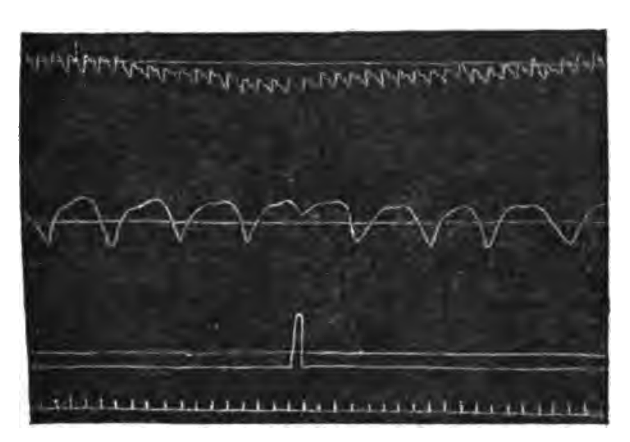


Abb. 75. Fehlen der Volumsenkung bei Dementia praecox.

Auffallenderweise nimmt aber der Puls an diesen krankhaften Veränderungen nicht teil. Es treten dieselben Pulsverkürzungen in der Kurve (= Beschleunigung) auf, die bei gesunden Menschen auf affektbetonte Reize zu folgen pflegen.

Das Fehlen der Volumsenkung, das bisher, wie gesagt, nur bei der Dementia praecox gefunden ist, würde also ein diagnostisch wertvolles Hilfsmittel darstellen, wenn nicht noch eine gewisse Schwierigkeit bestünde. Auch diese Schwierigkeit entspricht einer anderen, die wir früher bei der Pupillenuntersuchung kennen lernten. Dort sahen wir, daß nervös erregte und insbesondere durch die Untersuchung geängstigte Patienten unter Umständen keine Psychoreflexe aufweisen, weil ihre ohnedies maximal dilatierte Pupille durch keinen anderen Reiz noch weiter gemacht werden kann. Etwas Ähnliches beobachten wir hier in Gestalt der sog. Spannungskurve (Lehmann, Berger). Der Zusammenhang dabei ist wohl wiederum der, daß die bei der Versuchsperson im Gefolge der Untersuchung auftretende Erregung das Armvolumen schon so sehr vermindert, daß andere auf sie ausgeübte Reize keine neue Senkung der Kurve mehr bewirken können. Diese Erklärung gewinnt dadurch noch an innerer Wahrscheinlichkeit, daß gelegentlich in solchen Zuständen auf einen starken Reiz nicht nur keine Senkung, sondern sogar eine Hebung der Kurve folgt —

[1]) Bumke, Kehrer, Küppers.

es scheint dann die innere Spannung durch den Reiz für einen Augenblick gelöst zu werden. Experimentell läßt sich beinahe bei allen Menschen eine solche Spannungskurve dadurch erzielen, daß ein unangenehmer Reiz, also etwa der Ätherguß, nachdrücklich angekündigt wird; auch dann kann die wirklich ausgeübte Reizung trotz ihrer Intensität entspannend wirken und das Volumen ansteigen lassen.

Das Vorkommen dieser Spannungskurven bedeutet praktisch gewiß eine Unbequemlichkeit. Dauernde Schwierigkeiten für die Diagnose können dadurch jedoch kaum entstehen, weil es immer gelingen wird, gesunde Menschen an den Apparat der Methode zu gewöhnen und bei wiederholten Untersuchungen schließlich doch normale Senkungen der Volumkurve zu erzielen.

Blutbild.

Über das Verhalten des Blutes bei Geisteskranken liegen aus den letzten Jahren sehr zahlreiche Untersuchungen vor, von denen die von Heilemann, Krüger, Schultz und Itten besonders erwähnt seien. Sichere diagnostische Schlüsse lassen sich auf den bisher gefundenen Tatsachen noch nicht aufbauen. Immerhin sind bei der Dementia praecox und bei der Epilepsie gewisse Veränderungen so regelmäßig angetroffen worden, daß wir hier wenigstens mit der Möglichkeit rechnen dürfen, in naher Zukunft greifbare Resultate vor uns zu haben.

Schizophrenie.

Die Blutbefunde bei der Dementia praecox wären umsomehr geeignet, eine gewisse diagnostische Bedeutung zu erlangen, als Schultz das Blut bei allen funktionellen Psychosen, also insbesondere auch beim manisch-depressiven Irresein, sowie bei der Imbezillität normal gefunden hat. Als allgemeinste Veränderung des Blutbildes bei der Schizophrenie wird von allen modernen Autoren die relative und absolute Lymphozytose bezeichnet. Nach Itten besitzt diese Störung ziemlich konstante Beziehungen zum Verlauf der Krankheit. Die Lymphozyten nehmen im allgemeinen zu mit dem Chronischwerden, ab mit dem Besserwerden. Häufig sollen sich aber nach demselben Autor die mononukleären Zellen bei der Besserung vermehren und nur die polynukleären (neutrophilen und eosinophilen) vermindern, während sich das Bild bei der Verschlechterung umgekehrt verhält. Bei abgelaufenen Fällen trifft man oft kleine Leukozytenzahlen, und zwar bei Hebephrenen häufiger als bei Katatonikern. Wie vorsichtig man jedoch bei der Verwendung dieser Daten heute noch sein muß, geht daraus hervor, daß nach Itten Leukozytose nicht nur die beginnende Erregung, sondern auch die Heilung einleiten kann.

Die Zahl der roten Blutkörperchen ist bei Schizophrenen oft erhöht, und zwar am häufigsten bei der Katatonie und besonders während des Stupors. Schultz, der eine Vermehrung der roten Blutkörperchen im Ohr bis auf 8 000 000 beobachtet hat und dieses Symptom als kapilläre Erythrostase bezeichnet, leitet aus ihm vor allem ernste prognostische Schlüsse ab. Es findet sich häufig in Erstattacken und begleitet bei chronischen Fällen neue Schübe, aber es wird auch bei den stuporösen Endzuständen beobachtet. Reine Defektzustände dagegen zeigen ein normales Blutbild.

Danach würden sich nach diesem Autor die einzelnen Stadien wie folgt verhalten:



1. In den Erstattacken Erythrostase, Neigung zu wechselnd starker polynukleärer Leukozytose oder normales Blutbild. Eosinophile normal oder reduziert, gelegentlich Vermehrung der Mononukleär- und Übergangsformen.

2. Bei chronischem Verlauf: Vielfach Erythrostase, Neigung zu relativer und absoluter Lymphozytose, Zurücktreten der Polynukleären, Eosinophile wechselnd.

3. Endstadien: Normales Blutbild in jeder Beziehung oder, besonders bei Stuporösen, Neigung zu Erythrostase und Eosinopenie. Vorwiegend schwache polynukleäre Leukozytose, neben der auch ausgesprochene Lymphozytose und besonders nach Katatonien Eosinophilie vorkommen.

(Kapilläre Erythrostase im Stupor ist namentlich deshalb wichtig, weil sich hysterischer und zirkulärer Stupor normal verhalten.)

Als prognostisch günstig haben zu gelten: Normalbleiben des Blutbildes oder eine energische Blutreaktion, Rückbildung der kapillären Erythrostase, Konstanz der lymphozytären und eosinophilen Elemente.

Als prognostisch ungünstig sind anzusehen: Kapilläre Erythrostase, deutliche Lymphozytose, Zurücktreten der Polynukleären und deutliche Schwankungen der Eosinophilen, ebenso Polynukleose mit Eosinopenie.

(Über die Verkürzung der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox, die Hauptmann gefunden hat, siehe unten.)

Epilepsie.

Über das Verhalten der Epilepsie entnehme ich Ittens Darstellungen die folgenden Angaben:

Der Anfall genuiner Epileptiker zeigt ein charakteristisches Blutbild: lymphozytäre Leukozytose mit Eosinopenie. Ebenso verhalten sich nur urämische Konvulsionen und im Tierexperiment Erstickungskrämpfe. Die Blutveränderungen gehen dem epileptischen Anfall oft stunden- und tagelang voraus.

Brom-Medikation führt zu Eosinophilie.

Außerhalb der Anfälle finden sich eher niedere Leukozytenwerte. Dagegen scheint eine Leukozytose auch mit dem deliriösen Dämmerzustand und mit der reizbaren Verstimmung der Epileptiker einherzugehen.

Blutgerinnung.

Schließlich hat Hauptmann eine Verkürzung der Blutgerinnungszeit bei der Dementia praecox beobachtet, und Nachuntersuchungen in meiner Klinik (Gehlsheim)[1]) haben seine Angaben bestätigt und ergänzt.

Voraussetzung jeder solchen Untersuchung ist natürlich eine einheitliche und streng gehandhabte Methodik, und es seien darum zunächst darüber Angaben gemacht.

Das Blut wird durch Punktion mit Wassermann-Nadel aus der Ellenbogenvene nüchterner Patienten entnommen. Man läßt das Blut direkt aus der Vene (die möglichst beim ersten Stich getroffen werden soll, um Beimengungen von Gewebssaft zum Blut zu vermeiden) in eine Hohlperlenkapillare[2]) fließen. Die Kapillaren müssen erst gereinigt

---

[1]) Durch Hedwig Bumke. Monatsschr. f. Psych. 1916.

[2]) Diese Röhrchen mit 12—15 kugeligen Aufblasungen werden von der Firma Eberhard, vorm. Nippe, Berlin geliefert.

und vor allem entfettet und absolut trocken gemacht sein, indem man sie in Aqu. dest., Alkohol von steigender Konzentration und Äther spült. Zwischen den einzelnen Perlen hat man (möglichst erst nach der Reinigung, unmittelbar vor dem Gebrauch, da die Röhrchen zerbrechlich sind) mit einer Glasfeile, wie sie z. B. den Pantoponampullen beigegeben sind, kleine Einritzungen gemacht. Man hält das Röhrchen bei der Blutentnahme dicht an die Öffnung der Kanüle, so daß das Blut unmittelbar aus der Kanüle in die Kapillare tritt (etwa daneben geflossenes Blut wird mit Gazestückchen, nicht Watte, wegen der anhaftenden Härchen — vorsichtig abgewischt). In diesem Moment sieht man auf den Sekundenzeiger und notiert sich die Zeit. Alsdann wird in Intervallen von $^1/_2$—1 Minute, am besten mit einer Pinzette, eine blutgefüllte Glasperle nach der anderen von der Kapillare abgebrochen und in Reagenzgläser, die je mit 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung beschickt sind, geworfen. (Die Röhrchen müssen genau wie die Kapillaren gereinigt und getrocknet sein). Unter leichtem Schütteln entleert sich der Inhalt der Perle in die Kochsalzlösung, die sich rötlich färbt. Worauf es nun ankommt, ist genau den Moment zu beobachten, wann sich in der Lösung die ersten, allerfeinsten Blutgerinnselchen zeigen: dieser Zeitpunkt ist maßgebend für die Bestimmung des Gerinnungswertes. Wir haben gefunden, daß man ja nicht zu stark schütteln darf, und zwar aus folgendem Grunde: die allerersten, feinsten Fibrinflöckchen werden nur durch den ihnen anhaftenden Blutfarbstoff in der sie umgebenden Flüssigkeit sichtbar. Schüttelt man zu heftig, so wird der Farbstoff aus den kleinen Gerinnselchen heraus geschüttelt, und diese werden unsichtbar. Dies ist also bei den ersten Stadien der Gerinnung — auf die es allein ankommt — zu beobachten; ist diese erst weiter fortgeschritten, dann werden die Gerinnsel so derb und der Farbstoff haftet ihnen so fest an, daß man ihn nicht leicht herausschütteln kann.

Wichtig ist ferner, was auch Hauptmann schon betont hat, daß alle Untersuchungen möglichst immer unter denselben Temperaturbedingungen vorgenommen werden. Wir haben daher das ganze Instrumentarium — Reagenzgläser, Kapillaren, Flüssigkeiten und vor allem die (am Tage vorher ausgekochten) Kanülen — ständig in demselben Raum belassen, in dem auch die Blutentnahme vorgenommen wurde, und der immer eine Temperatur von 18—20° C hatte. Auch wurde sehr darauf geachtet, daß jede unnötige Manipulation mit den blutgefüllten Röhrchen, jede Erschütterung, Erwärmung durch die Hand usw. tunlichst vermieden wurde, um den Gerinnungsvorgang so wenig wie möglich zu beeinflussen.

Die Ergebnisse gehen aus den beigefügten Abbildungen hervor. Die Blutgerinnung bei Normalen tritt nach Schultz und Haslinger 7 $^1/_2$ bis 9 Minuten nach der Entnahme ein. Während nun fast alle Krankheiten sonst ihren Gerinnungswert über der bei 7 $^1/_2$ gezogenen Normallinie haben, steht die Dementia praecox mit einem erheblichen Anteil weit unter der Normallinie. Nur die Paralyse und die Lues cerebri verhalten sich ähnlich; Dementia phantastica und Paraphrenien dagegen zeigen durchgehends hohe Werte, wodurch die diagnostische Bedeutung des Symptoms erhöht wird.

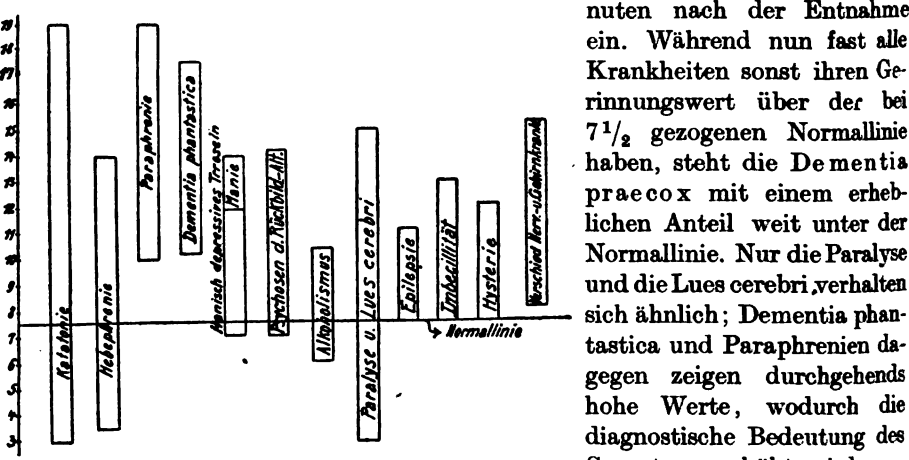


Abb. 76. Gerinnungswerte der einzelnen Psychosen.

Das ähnliche Verhalten von Paralyse und Lues cerebri würde natürlich an dieser Bedeutung nichts ändern, wohl aber könnte es unbequem sein, daß verhältnißmäßig viele

Dementia praecox-Kranke (nach den Untersuchungen in Gehlsheim) eine ziemlich späte Blutgerinnung aufweisen. Da sich in dieser Hinsicht ein Unterschied zwischen Hauptmanns an der Freiburger Klinik gemachten und unseren eigenen am Anstaltsmaterial erhobenen Befunden ergab, haben wir zwischen frischen und abgelaufenen Fällen zu unterscheiden versucht und dabei als frisch diejenigen bezeichnet, bei denen man annehmen kann, daß der Krankheitsprozeß noch im Gange ist. Die Grenze den alten abgelaufenen Fällen gegenüber mußte natürlich willkürlich gezogen werden und wurde sechs Jahre nach dem nachweislichen Krankheitsbeginn angenommen.

Wenn wir diese Einteilung vornehmen, so ergibt sich für die Gerinnungswerte der Dementia praecox folgendes Resultat (wobei „nieder“ die Gerinnung unter $7^1/_2$ Minuten; „hoch“ die Gerinnung über $7^1/_2$ Minuten bezeichnet):

Katatonie:		Hebephrenie:	
33 frische Fälle		7 frische Fälle	
davon: 23 nieder	= 70 %	davon: 6 nieder	= 86 %
10 hoch	= 30 %	1 hoch	= 14 %
58 abgelaufene Fälle		9 abgelaufene Fälle	
davon: 5 nieder	= 9,2 %	davon: 1 nieder	= 11 %
53 hoch	= 92 %	8 hoch	= 89 %

Sehr deutlich wird der Unterschied zwischen frischen und abgelaufenen Fällen in der Abb. 77, die wohl keiner Erklärung bedarf.

Danach ergibt sich, wenn man bloß die „frischen“ Fälle berücksichtigt, eine Beschleunigung der Blutgerinnungszeit für die Katatonie in 70 %, für die Hebephrenie in 86 % der Fälle. Diese Prozentzahlen würden noch höher ausfallen, wenn in der Statistik die als nicht ganz sicher ausgeschiedenen Fälle als zur Dementia praecox gehörig mit berücksichtigt worden wären. Diese Fälle zeigen zum Teil sehr niedere Werte; differentialdiagnostisch kam bei ihnen Hysterie, Imbezillität und Psychopathie in Betracht.

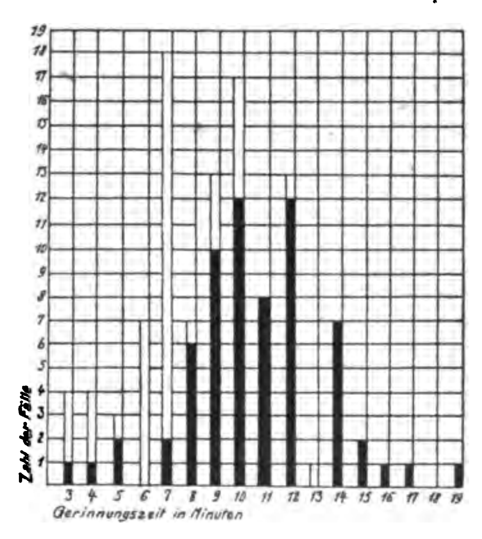


Abb. 77. Gewinnungswerte bei der Dementia praecox. Schwarz: abgelaufene Fälle. Weiß: frische Fälle.

Bei einigen Fällen sind wiederholte Kontrollversuche gemacht worden, die jedesmal fast genau die gleichen Werte ergeben haben. Interessant waren zwei jüngere weibliche Katatonien, die das erste Mal untersucht wurden, nachdem sie kurz vorher einige Zeit Thyreoidin erhalten hatten: sie hatten damals beide sehr hohe Werte, die eine 14,

die andere 16 Minuten[1]). Bei einer zweiten Blutentnahme ein paar Monate nach der Thyreoidinwirkung zeigte die eine einen Gerinnungswert von 6, die andere einen von 7 Minuten.

Somit ergibt sich aus der Übereinstimmung unserer mit den Hauptmannschen Befunden eine gewisse diagnostische Bedeutung dieser Untersuchungsmethoden. Nicht in dem Sinne, als ob ein Fehlen der Beschleunigung gegen Dementia praecox spräche, sondern nach der anderen Richtung: daß sehr niedere Werte die Diagnose der Schizophrenie unterstützen.

Blutserum.

Die letzten Jahre haben uns vielfache Versuche gebracht, serologische Methoden auch für die Psychiatrie dienstbar zu machen. Diese Versuche sind nur zum Teil gelungen. Um mit den negativen Resultaten zu beginnen, so hat sich die Hoffnung, nach dem Vorgang von Much und Holzmann mittelst der Kobrareaktion im Blute geisteskranker Personen gewisse Stoffe nachzuweisen. die in dem von Geistesgesunden nicht vorhanden sind, nicht erfüllt. Die Much-Holzmannsche Reaktion fällt auch bei nicht eigentlich geisteskranken Psychopathen und, was natürlich diagnostisch noch unbequemer ist, sogar bei nicht ganz wenigen Geistesgesunden positiv aus. Theoretisch lassen sich diese Tatsachen in mehrfacher Richtung befriedigend deuten, praktisch wird uns die Reaktion unter diesen Umständen nichts nützen können. Übrigens wäre ihr Wert schon deshalb sehr gering gewesen, weil sie sowohl bei Dementia praecox-Kranken wie bei Manisch-depressiven vorkommen sollte.

In dieser Hinsicht aussichtsvoller erscheinen die Geißlerschen Untersuchungen. Dieser Autor prüfte mit Hilfe von Tierversuchen das Blut von Dementia praecox-Kranken nach der Präzipitations- und Komplementbindungsmethode mit dem Ergebnis, daß Hebephrenie und Katatonie nur untereinander, nicht aber mit der früher zur Dementia praecox gerechneten Dementia phantastica (paranoides) serologisch zusammengehören. Ein abschließendes Urteil, das als Basis ihrer praktischen Verwendbarkeit dienen könnte, ist aber auch über diese Methode noch nicht möglich.

Sodann hat sehr zahlreiche Untersuchungen Fauser durch seine Behauptung veranlaßt, mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens wären im Blute von Geisteskranken spezifische Stoffe nachzuweisen, die auf einen krankhaften Abbau bestimmter Organe zurückschließen ließen. So sollte das Serum von Dementia praecox-Kranken Hoden bei männlichen und Ovarien bei weiblichen Patienten, das von Dementia praecox, Paralyse, Lues cerebri und von Epileptikern nach dem Anfall Gehirn, das von Dementia praecox und manchen thyreogenen Erkrankungen Schilddrüse abbauen usw. Abderhaldens Methode ist bekanntlich schon technisch außerordentlich schwierig. Dazu kommen bei ihrer Anwendung in der Psychiatrie mannigfache Hindernisse, die auf der Unzulänglichkeit unserer bisherigen psychiatrischen Systematik beruhen. So ist es verständlich, wenn die zahlreichen Autoren, die Fausers Versuche nachgeprüft haben, zu einer Übereinstimmung untereinander und mit Fauser bisher nicht gelangt sind. Fest steht nur, daß männliche Dementia praecox-Kranke niemals Ovarien und weibliche ebensowenig Hoden abbauen. Die

[1]) Hohe Werte hat Hauptmann auch beim Basedow gefunden.



Methode, wie es Plaut will, als für die Psychiatrie wertlos endgültig zu verwerfen, erscheint aber doch verfrüht. Noch verfehlter freilich ist der gelegentlich gemachte Versuch, ihr heute schon eine praktische Bedeutung zuzusprechen. Aus diesen Gründen soll die Untersuchungstechnik hier nicht beschrieben werden; eine solche Beschreibung wäre schon deshalb unangebracht, weil auch die Technik noch in der Entwicklung begriffen ist, und weil somit ihr gegenwärtiges Stadium in einem für das Studium bestimmten Buch nicht fixiert werden darf.

So ist die einzige serologische Untersuchungsmethode, die bis heute diagnostische Bedeutung auch für die Psychiatrie erlangt hat, die der Wassermannschen Syphilisreaktion. Es ist richtig, daß die Komplementablenkung ausnahmsweise auch bei andern Erkrankungen, z. B. bei Scharlach, auftritt; aber diese Fälle sind so leicht zu erkennen, daß sie an der praktischen Bedeutung der Methode nichts ändern.

Umgekehrt beweist freilich das Fehlen der Reaktion nicht, daß eine syphilitische Infektion niemals stattgefunden hat; wohl aber kann daraufhin die Diagnose der Paralyse mit großer Wahrscheinlichkeit abgelehnt werden. Noch nicht 3 % von 500 Fällen Plauts ergaben negativen Wassermann. Größer ist diese Zahl schon bei der Tabes, bei der der Wassermann nach Nonne in 30—40 % der Fälle vermißt wird, während die Reaktion bei der zerebrospinalen Lues wieder in 80—90 % der Fälle positiv ausfällt. Daß stationär gewordene oder gerade remittierende Formen von Paralyse nur eine schwache oder gar eine negative Reaktion geben, ist theoretisch gewiß interessant, praktisch wird es zu Schwierigkeiten kaum Anlaß geben.

Selbstverständlich vermag aber das Zusammentreffen von nervösen Symptomen mit der Komplementablenkung nur im Blut ihre organische Natur noch nicht zu beweisen. Neurasthenische und speziell hypochondrische Zustände bei syphilitisch infizierten Menschen sind so häufig, daß wir beim Verdacht auf progressive Paralyse die Untersuchung des Blutserums nach Wassermann regelmäßig durch die der Zerebrospinalflüssigkeit ergänzen müssen.

Untersuchung der Lumbalflüssigkeit[1]).

Die Lumbalpunktion wird am zweckmäßigsten in dem Raum zwischen dem 3. und 4. oder 4. und 5. Dornfortsatz der Lendenwirbelsäule ausgeführt. Bei psychisch Kranken ist es ratsam, die Punktion nicht im Liegen, sondern im Sitzen auszuführen. Der Kranke wird rücklings auf einen Stuhl gesetzt, so daß sich die Stuhllehne seitlich von ihm befindet, dann beugt er den Kopf nach unten und vorne. Auf diese Weise wird für die Punktionsnadel ein möglichst großer Raum zwischen den Dornfortsätzen geschaffen.

Die Stelle der Lumbalpunktion wird am einfachsten durch Bepinseln mit Jodtinktur desinfiziert. Dann wird die Punktionsnadel, die ca. 9 cm lang ist und einen Durchmesser von 2—3 mm° besitzt, schnell bis zum Ligamentum supra- bezw. intraspinosum und mit einem zweiten Ruck in den Supraarachnoidealraum eingestoßen; die Richtung muß leicht nach oben geneigt sein.

Nach der Punktion muß der Kranke mindestens 24 Stunden in Rückenlage im Bett liegen. Bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregel treten unangenehme Folgen wie Erbrechen, Übelkeit, Kopfschmerzen verhältnismäßig selten und im allgemeinen nur bei pyschopathischen und hysterischen Kranken ein. Eine gewisse Gefahr bedeutet die Punktion nur bei Tumoren der hinteren Schädelgrube; einige Tropfen, die zur Untersuchung auf den

[1]) Ich lehne mich im folgenden an den Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit von Plaut, Rehm und Schottmüller an.



Zellgehalt und für die Wassermannsche Reaktion genügen, können aber auch hier entnommen werden.

Gewöhnlich werden 5—10 ccm abgelassen. Je nach der Höhe des Druckes fließen sie tropfenweise oder im Strahl aus.

(Die Hirnpunktion hat für rein psychiatrische Zwecke bisher keine besonders große Bedeutung erlangt.)

Unter krankhaften Verhältnissen kann sich zunächst die Farbe des Liquor ändern. Am häufigsten ist die Beimischung von Blutfarbstoff, die natürlich entweder durch die Punktion oder schon vorher entstanden sein kann. Zur Unterscheidung beider Möglichkeiten dient die Zentrifuge. Ist das Blut erst während der Punktion ausgetreten, so wird die über dem Sediment stehende Flüssigkeit wasserklar; im anderen Falle bleibt sie rötlich oder gelblich gefärbt.

Eine Erhöhung des Druckes, der normalerweise im Liegen 5—7,3 mm Hg oder 100—125 mm H_2O und im Sitzen bis 200 mm H_2O beträgt, findet sich bei Meningitis, Paralyse, Hirnlues, Tabes, Hirn- und Rückenmarkstumoren und Hydrozephalus. Außerdem finden wir das gleiche Symptom bei Epileptikern im Krampfanfall und bei vielen erregten Kranken.

Von den chemischen Untersuchungsarten sind die auf Eiweiß die wichtigsten. Am zweckmäßigsten wird die von Nonne-Apelt angegebene Methode angewandt. 2 ccm Zerebrospinalflüssigkeit werden mit der gleichen Menge neutral reagierender, heiß gesättigter Ammoniumsulfatlösung vermischt. Bei der Reaktion, die Phase 1 genannt wird, unterscheidet man zwei Grade des positiven Ausfalles: deutliche Opaleszenz und Trübung. Eine Spur Opaleszenz beweist noch nichts, dagegen gilt die Phase 1 als positiv (also sicher krankhaft), wenn 3 Minuten nach der Mischung deutliche Opaleszenz oder Trübung auftreten. — Als Phase 2 bezeichnen Nonne und Apelt eine Trübung, welche schon normalerweise, nämlich bei der gewöhnlichen Kochprobe mit Essigsäurezusatz, eintritt. — Eine quantitative Eiweißbestimmung kann mittelst der Essbachschen Methode, und zwar am besten in besonderen von Nißl angegebenen Kapillarröhrchen, vorgenommen werden. Der normale Liquor enthält 0,02 bis 0,03 % Eiweiß.

Die Phase 1 ist fast immer positiv bei tertiärer Lues des Zentralnervensystems, bei Paralyse und meist bei Tabes. Sie findet sich ferner bei Meningitis, bei Blutungen im Zentralnervensystem, bei schweren Formen von Hirnarteriosklerose, in manchen Fällen von multipler Sklerose, bei Urämie, sowie bei Erkrankungen des Konus und der Cauda equina. Bei Epilepsie, Nervosität, Alkoholismus und Tumor cerebri wird die Reaktion selbst dann vermißt, wenn die syphilitische Infektion durch die Wassermannsche Reaktion im Blut bewiesen worden ist.

Im einzelnen ist die Eiweißvermehrung bei Tabes geringer als bei Paralyse. Die stärksten Grade erreicht sie bei Meningitis.

Eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems läßt sich mit Sicherheit diagnostizieren, wenn neben der Eiweißvermehrung die Wassermannsche Reaktion auch im Liquor festgestellt wird. Im Blutserum wird diese Reaktion ja ausnahmsweise auch bei metaluetischen Erkrankungen des Zentralorgans vermißt; außerdem wird sie, allerdings noch seltener, bei Scharlachkranken, bei Pellagra, Rekurrens und Poliomyelitis positiv gefunden. Im Liquor ist sie bisher bei allen untersuchten einheimischen Nerven- und

Geisteskrankheiten, mit Ausnahme der luetischen (und der durch Schlafkrankheit bedingten), stets negativ gefunden worden.

Auf die Methodik der Komplementablenkung kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden; erwähnt sei nur, daß sich häufig eine Verfeinerung der ursprünglichen Methode im Sinne der Auswertungsmethode von Hauptmann und Hößli als notwendig erweist. Diese besteht darin, daß der Liquor, von 0,2 ccm angefangen, in steigender Konzentration bis zur unverdünnten Anwendung austitriert wird. Bei der Originalmethode (Verwendung von 0,2 ccm) reagieren 80– 90 % der Paralytiker, 5—10 % der Tabiker und ca. 10 % der an Lues cerebrospinalis leidenden Kranken positiv, alle anderen Syphilitiker negativ. In dieser Hinsicht nimmt also die Paralyse eine diagnostisch wertvolle Sonderstellung ein. Bei höherer Konzentration erweisen sich fast alle Fälle von (Paralyse), Tabes und Hirnsyphilis als positiv, während der Liquor bei einer nichtnervösen Form der Lues selbst in unverdünnter Form negativ bleibt.

Schließlich gehört zu einer genauen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit die Bestimmung des Zellgehaltes und der Zellarten. Die normale Zerebrospinalflüssigkeit enthält fast nur Lymphozyten und zwar 1—5 in 1 cmm. Sowohl die Zahl wie die Art der Zellen ändern sich unter pathologischen Verhältnissen. Über die Zahl gibt am besten die Benutzung der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer Auskunft. Eine 2 ‰ ige Methylviolettlösung wird bis zur Marke 1 in die Pipette eingesogen und dann Zerebrospinalflüssigkeit bis zur Marke 11 nachgefüllt. Man unterscheidet nach Nißl eine starke und eine geringe Vermehrung. Eine ausgesprochene Pleozytose besteht, wenn mehr als 10 Zellen im cmm enthalten sind. Zwischen 6—9 Zellen werden bei manchen Normalen, häufiger aber bei Kranken gefunden, die früher eine luetische Infektion durchgemacht haben, ohne an einer schweren zerebrospinalen Erkrankung zu leiden. Außerdem zeigen ähnliche Grenzwerte eine sehr geringe Anzahl von Paralysen und Fällen mit andersartiger Störung des Zentralnervensystems.

Eine krankhafte Zellvermehrung (über 10 Zellen) wird beobachtet bei sekundärer Lues (in 40 % der Fälle), Lues cerebrospinalis (fast 100 %), Paralyse (ca. 95 %), Tabes (ca. 90 %), Meningitis, Hirnblutung, Hirnabszeß, Erweichungsherden im Gehirn, bei manchen Fällen von multipler Sklerose und bei Herpes zoster.

Die Behandlung mit Quecksilber vermindert bei Lues cerebrospinalis die Zahl der Zellen und setzt die Phase 1-Reaktion herab.

Im einzelnen sei auf die unten stehende wichtige Zusammenstellung verwiesen, die wir Nonne verdanken.

Über die Art der Zellen gibt am besten Alzheimers Methode Auskunft. Bei ihr werden von der Zerebrospinalflüssigkeit 50 Tropfen direkt aus der Punktionsnadel in einigen ccm 96 % igen Alkohols aufgefangen. Danach wird ca. $^3/_4$ Stunden bis 1 Stunde mit einer Zentrifuge von 1200 Umdrehungen zentrifugiert. In dem Sediment wird der 96 % ige Alkohol durch absoluten Äther. Alkohol und Äther in Zwischenräumen von 2—3 Stunden ersetzt. Dann wird es erst in dünnes und sodann in dickes Zelloidin übergeführt, auf einem Holzklotz mit Zelloidin befestigt und schließlich zu Schnitten von 15 μ geschnitten. Färbung nach Unna-Pappenheim.

Einfacher ist die französische Methode, bei der 3—4 ccm Zerebrospinalflüssigkeit 45 Minuten lang zentrifugiert werden. Das Sediment wird nach Abgießen der Flüssigkeit mit einer Pipette ausgehebert und tropfenweise auf

Objektträger verteilt. Nach dem Trocknen wird das Präparat in Alkohol fixiert. Färbung mit Methylenblau oder mit Hämatoxylin-Eosin.

Auf die Form der Zellelemente bei den verschiedenen Erkrankungen kann an dieser Stelle ausführlich nicht eingegangen werden. Erwähnt sei nur, daß bei der Paralyse in der Regel die normalen kleinen Lymphozyten überwiegen, außerdem aber, wenn auch vereinzelt, Plasmazellen vorkommen. In einem Viertel der Fälle finden sich auch Leukozyten. Das Verhalten bei der Tabes ist ganz ähnlich.

Anhang.

„Nonne: Bedeutung der 4 Reaktionen:

Wassermann-R. im Serum,
Wassermann-R. im Liquor,
Phase I = Reaktion (Globulinvermehrung),
Pleo-(Lympho)zytose

für die Diagnose der syphilogenen Erkrankungen des Zentral-Nervensystems.

I. Blutuntersuchung.

Wassermannsche Reaktion:

a) positiv: ist charakteristisch für Lues. (Geringe, praktisch wenig oder gar nicht in Betracht kommende Ausnahmen. Gleichfalls positive Reaktion geben: einzelne Fälle von Scharlach (nur in gewissen, zeitlich beschränkten Krankheitsstadien), von Malaria, Frambösie, Lepra etc.).

Eine positive Wassermannsche Reaktion des Blutserums besagt nichts weiter, als daß das betreffende Individuum irgendwie mit Lues in Berührung gekommen ist, — hereditär oder erworben —, nicht, daß die in Rede stehende Erkrankung luetischer Natur sein muß.

b) negativ: ist differentialdiagnostisch mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als gegen eine Paralyse sprechend zu verwerten, da mit ungemein seltenen Ausnahmen das Blut der Paralytiker nach Wassermann positiv reagiert.

II. Liquoruntersuchung.

a) Normaler Liquor: Druck 90—130 mm Wasser (Steigrohr) Phase I = Reaktion negativ; höchsten 5—6 Zellen im cmm (Fuchs-Rosenthalsche Zählkammer).

Wassermannsche Reaktion, angestellt nach der Originalmethode (mit Verwendung von 0,2 ccm des zu untersuchenden Liquors, und auch bei Verwendung von höheren Liquormengen (0,3 1,0 ccm Liquor) negativ.

b) Pathologischer Liquor:

1. erhöhter Druck der ausfließenden Flüssigkeit (über 15 cmm Wasser);
2. positive Phase I = Reaktion;
3. vermehrter Zellgehalt.

Diese drei Symptome, in Kombination oder einzeln, zeigen an, daß eine organische Erkrankung des Zentralnerven-

systems vorliegt (spezifisch oder auch nichtspezifisch). Lymphozytose allein kommt in geringem oder mäßigem Grade auch vor lediglich als Ausdruck einer einmal stattgehabten luetischen Infektion.

4. Ob die Erkrankung des Zentralnervensystems luetischer Natur ist, entscheidet die mit der Lumbalflüssigkeit angestellte Wassermannsche Reaktion.

Ist die Wassermannsche Reaktion schon nach der Originalmethode (0,2 ccm des zu untersuchenden Liquors) positiv, so besteht die große Wahrscheinlichkeit, daß es sich bei dem vorliegenden Fall um eine Paralyse oder Tabo-Paralyse handelt, sehr viel seltener um eine Lues cerebrospinalis oder um eine reine Tabes.

In den weitaus meisten Fällen von Paralyse ist die Wassermannsche Reaktion schon bei Verwendung von 0,2 ccm der Lumbalflüssigkeit positiv.

Bei wenigen Fällen von Paralyse, bei fast allen Fällen von Lues cerebrospinalis und von Tabes ist die Wassermannsche Reaktion erst positiv bei Verwendung von größeren Liquormengen (0,3, 0,4—1,0 ccm).

Typische Befunde:

I. Paralyse oder Taboparalyse:
1. Wassermannsche Reaktion im Blut positiv (fast in 100 %), Lumbaldruck häufig erhöht.
2. Phase I = Reaktion positiv (in ca. 95—100 %),
3. Lymphozytose (in ca. 95 %),
4. Wassermann im Liquor:
    a) positiv in ca. 80—90 % bei Anstellung der Originalmethode (0,2 ccm Liquor),
    b) in 100 % bei Verwendung größerer Liquormengen.

II. Tabes (ohne Kombination mit Paralyse):
1. Wassermannsche Reaktion im Blutserum positiv in 60—70 %, Lumbaldruck häufig erhöht.
2. Phase I = Reaktion positiv in 90—95 %.
3. Lymphozytose positiv in ca. 90 %.
4. Wassermann im Liquor:
    a) Originalmethode (0,2 ccm) positiv in 5—10 %.
    b) höhere Liquormengen positiv in fast 100 %.

III. Lues cerebrospinalis:
1. Wassermannsche Reaktion im Blutserum positiv in ca. 80—90 %, Lumbaldruck häufig erhöht.
2. Phase I = Reaktion, nur in Ausnahmefällen negativ, sonst positiv.
3. Lymphozytose, wie Phase I, fast stets positiv.
4. Wassermann im Liquor:
    a) Originalmethode (0,2 ccm) positiv in ca. 10 %.
    b) höhere Liquormengen fast stets positiv.
    (differentialdiagnostisch gegenüber der multiplen Sklerose besonders wertvoll).“

Spezieller Teil.

I. Die Einteilung der Psychosen.

Die Einteilung der Krankheiten spielt in der psychiatrischen Literatur eine Rolle, die den übrigen klinischen Fächern unbekannt ist und die deshalb Fernerstehende zuweilen zu der irrtümlichen Meinung veranlaßt hat, der ganze Streit drehe sich um eine möglichst prägnante Benennung der Seelenstörungen. In Wahrheit liegt ihm natürlich die Absicht zugrunde, nicht bloß zufällig ähnliche Zustandsbilder, sondern wirklich übereinstimmende Krankheiten unter gemeinsamen Gesichtspunkten zu betrachten, damit so ihre wesentlichen Eigentümlichkeiten zutage treten. Niemals werden wir über die diagnostische Bedeutung eines Symptoms ins Klare kommen können, solange wir nicht wissen, ob die Krankheitsfälle, bei denen es sich findet, pathogenetisch mit denen zusammengehören, bei denen es fehlt.

Über das, was wesentlich ist und was zusammengehört, entscheidet sonst in der klinischen Medizin fast immer die pathologische Anatomie. Die hat nun in der Psychiatrie ganz besondere technische Schwierigkeiten überwinden müssen. Auch dauern die meisten Geisteskrankheiten zu lange, als daß der einzelne Beobachter viele vom Beginn bis zum Tode verfolgen und das Ergebnis dieses klinischen Studiums mit dem der anatomischen Untersuchung vergleichen könnte. Und schließlich fällt zwischen Gehirnkrankheit und Gehirnuntersuchung ein Eingriff in die Intaktheit des Nervengewebes, der oft viel gröber ist als alle Krankheitsprozesse vorher: der Tod.

Das erklärt, weshalb die Anatomie der Hirnrinde, die heute in den Händen Nißls, Alzheimers und Spielmeyers so große Triumphe feiert, die Führung der klinischen Psychiatrie verhältnismäßig spät übernommen hat; aber es erklärt nicht, weshalb manche Forscher die Hoffnung, alle seelischen Störungen in Krankheitseinheiten zu zerlegen, überhaupt aufgeben wollen. Davon ist in der Einleitung zum allgemeinen Teil ausführlich die Rede gewesen. Wir haben uns diese Auffassung damals nicht zu eigen gemacht, wohl aber gesehen, daß das anatomische Einteilungsprinzip nicht auf alle Psychosen angewandt werden darf. Es gibt unzweifelhaft Seelenstörungen, denen greifbare anatomische Veränderungen, im Sinne des paralytischen etwa, nicht zugrunde liegen.

Schon dadurch wird die Systematik der Psychosen wesentlich erschwert, und in der Tat bezieht sich die Resignation Hoches, der in dem Suchen nach Krankheitseinheiten schlechthin die „Jagd nach einem Phantom“ erblickt, in

erster Linie auf diese „funktionellen“ Krankheiten. Aber auch andere Psychosen, die den organischen viel näher stehen, bereiten uns Schwierigkeiten. Wenn Infektionen, Intoxikationen oder mechanische Schädlichkeiten das Gehirn so verändern, daß daraus psychische Störungen entstehen, so liegt es natürlich nahe, diese Psychosen nach ätiologischen Gesichtspunkten einzuteilen. Nun hörten wir aber, daß alle diese Ursachen gleichförmige Reaktionen auslösen, die von der speziellen Form der Noxe verhältnismäßig wenig abhängen. So werden wir hier aus dem Zustandsbild und aus dem Verlauf nicht immer auf die Ätiologie zurückschließen dürfen, und umgekehrt: eine gemeinsame Ursache wie der Alkoholmißbrauch z. B. darf uns allein noch nicht veranlassen, alle durch sie bedingten Psychosen zu einer Einheit zusammenzufassen, auf weitere Unterscheidungen innerhalb dieses Gebietes zu verzichten und Beziehungen zu klinisch verwandten, ätiologisch aber scheinbar andersartigen Psychosen nicht aufzusuchen. In dieser Hinsicht nimmt übrigens die Psychiatrie auch keine Sonderstellung ein. Man braucht nur an das Beispiel der Tuberkulose zu erinnern, um zu beweisen, daß auch sonst klinisch recht heterogene Krankheiten zuweilen durch dieselbe Ursache zusammengehalten werden. Niemand wird deshalb das ätiologische Prinzip so überspannen, daß er in einer lokalen Hauterkrankung und in einer schweren Phthise eine einheitliche Krankheit erblickt.

Das Beispiel zeigt zugleich, daß auch bei nachgewiesenen exogenen Ursachen immer noch endogene Faktoren mit im Spiele sein können. In der Psychiatrie wird dadurch im besonderen die Beurteilung der Intoxikationspsychosen schwierig. Ihre schwersten Formen ließen sich, wie wir früher sahen, als organische Krankheiten auch nach anatomischen Gesichtspunkten gruppieren. Für die große Mehrzahl aber steht fest, daß die Aufnahme des Giftes noch nicht die letzte Krankheitsursache, sondern vielmehr eine erste Krankheitsäußerung darstellt. Dadurch wird eine reinliche Scheidung der chronischen Alkoholpsychosen und der morphinistischen Degeneration z. B. von gewissen endogenen psychopathischen Zuständen geradezu unmöglich.

Was nun diese endogenen Formen selbst angeht, so wird hier nach unserer Überzeugung ein ganz scharfes und befriedigendes System stets unerreicht bleiben. Diese Formen müssen, wie wir sahen, als Spielarten der normalen seelischen Anlage aufgefaßt werden, als gradweise Abweichungen vom durchschnittlichen psychischen Geschehen, die aus unmerklichen Anfängen heraus bis zu schweren Störungen anwachsen und sich so nicht einmal gegen die Norm scharf absetzen. Da sie sich fernerhin in ihren Symptomen vielfach vermischen und durchflechten, so entsteht bei Betrachtung aller Fälle eine unendliche Mannigfaltigkeit, die ohne jeden Zwang mit den ebenso variablen und untereinander ebenso verwandten Unterformen der Zoologie und der Botanik verglichen werden kann. In dieses flüssige Geschehen läßt sich, wie wir hörten, nur durch das Herausgreifen einzelner Typen eine gewisse systematische Ordnung bringen — so etwa wie innerhalb der Gesundheitsbreite cholerische, phlegmatische und andere oft beobachtete Temperamente als Orientierungspunkte für die ebenfalls nicht absolut lösbare Aufgabe einer differentiellen Psychologie zu dienen vermögen. Da aber die pathologischen Typen — wie die Manie, die Melancholie, die chronische Paranoia, der hysterische Charakter — seltener rein als in Mischformen verwirklicht werden, so bedeutet ihre Aufstellung immer schon eine gewisse Abstraktion und, wenn man will, eine Vergewaltigung der natürlichen Verhältnisse.

Auch der vielfach gemachte Versuch, zwischen endogenen Anlagen und pathologischen Reaktionen und Entwicklungen zu trennen, läßt sich unseres Erachtens nicht streng durchführen. Die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins entstehen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wohl in der Tat ohne erkennbaren äußeren Anlaß aus der inneren Steuerung des Körpers heraus. Die chronische Paranoia dagegen bedarf stets eines Anstoßes von außen, und das gleiche gilt, nur in noch sinnfälligerer Weise, für die psychogenen und die neurasthenischen Reaktionen. Gewiß gibt es seltene Fälle, in denen auch ein nervös verhältnismäßig rüstiger Mensch durch starke äußere Schädlichkeiten neurasthenisch oder — das Wort in landläufigem Sinne gebraucht — „hysterisch" werden kann. Aber gewöhnlich war ein starkes endogenes Moment vorher schon da und häufig bestimmt es die krankhafte Entwicklung so sehr, daß sich die äußeren Schädlichkeiten, die sich dann außerdem noch nachweisen lassen, schließlich bis zu den gewöhnlichen Reibungen des menschlichen Lebens überhaupt verdünnen.

Wir haben früher ausgeführt, daß und weshalb diese Verhältnisse nach unserem Dafürhalten nicht zu dem Ergebnis führen müssen, auf die Aufstellung besonderer Unterformen innerhalb des Gebietes der endogenen Psychosen überhaupt zu verzichten. Ganz abgesehen davon, daß wir solche Unterformen aus praktischen Gründen schlechthin nicht entbehren können, sollte uns davon die Tatsache abhalten, daß gewissen endogenen Reaktionstypen verhältnismäßig häufig auch bestimmte Verlaufsformen entsprechen. So wird sich aus der Diagnose dieser Zustände, wenn sie auch immer nur unter einem gewissen Vorbehalt gestellt werden kann, häufig zugleich die Prognose ableiten lassen.

Alle bisher angestellten Erwägungen, über deren Berechtigung heute kaum noch erhebliche Meinungsverschiedenheiten obwalten, berühren nun die letzte und wesentlichste Schwierigkeit noch nicht, die die psychiatrische Systematik einst wird überwinden müssen. Diese Schwierigkeit beruht auf dem Vorkommen von Krankheiten, die sich bis heute in keiner der genannten Gruppen unterbringen lassen. Der Grad der Unsicherheit, der in dieser Hinsicht besteht, ist für die einzelnen Formen verschieden. Die echte Epilepsie scheint allmählich einen festen Platz unter den organischen Störungen zu erhalten — unbeschadet der Möglichkeit, daß sie ätiologisch auf einer Autointoxikation beruht. Eine ähnliche Entwicklung wird voraussichtlich die Dementia praecox durchmachen, die sich allerdings möglicherweise aus nur klinisch ähnlichen, ätiologisch aber verschieden bedingten Psychosen zusammensetzt. Dagegen ist die systematische Stellung der Paraphrenien, d. h. also der Mehrzahl der paranoiden Psychosen, bis heute noch ganz dunkel. Die Frage ist durchaus unbeantwortet, ob wir hier nicht heterogene Krankheiten vereinen lediglich auf Grund von symptomatologischen Ähnlichkeiten, die uns wichtig erscheinen, die aber im Lichte irgend eines neuen Einteilungsprinzips eines Tages ebenso gleichgiltig und unerheblich werden könnten, wie es etwa die Größen-, Verfolgungs- und Versündigungsideen bei der Diagnose der organischen Psychosen geworden sind.

Schließlich wird uns der Wunsch nach einer befriedigenden Lösung systematischer Fragen nicht die Einsicht versperren dürfen, daß möglicherweise nicht bloß endogene und exogene Faktoren überhaupt, sondern auch pathologische Anlagen und krankhafte körperliche Entwicklungen, wie pathologisch gefärbte Stoffwechselstörungen beim Basedow oder beim Klimakterium, z. B., bei ein und

demselben Individuum zusammentreffen könnten. Dieses Zusammentreffen brauchte nicht einmal immer ein zufälliges zu sein. Auch dem, was wir endogene psychopathische Veranlagung nennen, liegt natürlich irgend eine materielle Ursache zugrunde, und zwischen dieser Ursache und dem abnorm starken Anschwellen gewisser Stoffwechselveränderungen könnten sehr wohl innere Beziehungen bestehen. So spricht die Entwicklung der Involutionspsychosen oft genug dafür, daß eine depressive oder eine paranoische Veranlagung erst nach dem Hinzutreten des Klimakteriums zum Ausbruch einer manifesten Geistesstörung geführt hat.

Nach diesen Vorbemerkungen braucht nicht mehr betont zu werden, daß das nachstehend abgedruckte System keinen Anspruch erhebt, jeder Betrachtungsweise genug zu tun oder gar den Tatsachen endgültig gerecht zu werden. Im Lichte neuer Entdeckungen wird man voraussichtlich nicht nur vieles ändern, sondern auch manches als ganz falsch aufgeben müssen.

Im übrigen soll dieses Schema nicht zugleich als Gliederung für die folgenden Kapitel des speziellen Teiles dienen. Diese sollen vielmehr nach rein praktischen diagnostischen Gesichtspunkten zusammengefaßt werden und sie werden somit — wie z. B. in dem Abschnitt über paranoide Psychosen — auch Teile in sich vereinen müssen, die systematisch weit auseinander liegen.

Einteilung[1].

I. Organische Psychosen.
- a) Idiotie — Imbezillität.
- b) Dementia paralytica und sonstige luetische Psychosen.
- c) Arteriosklerotische Seelenstörungen.
- d) Präsenile und senile Geistesstörungen.
- e) Psychosen bei Hirnerkrankungen (Tumoren, Multiple Sklerose, Meningitis etc.) und nach Hirnverletzungen und Hirnerschütterungen.
- f) (Dementia praecox) (Schizophrenie).
  (Dementia simplex — Hebephrenie — Katatonie — paranoide Formen.)
- g) (Dementia phantastica).
- h) Epileptische Demenz.

II. Toxisch bedingte Psychosen.
- a) Exogene Vergiftungen.
  1. Alkoholpsychosen.
     Pathologischer Rausch — Delirium tremens — Halluzinose — Korsakow — Alkoholdegeneration und Demenz — Alkoholepilepsie.
  2. Morphinismus.
  3. Kokainismus.
  4. Blei-, Quecksilber-, Kohlenoxyd-, Schwefelkohlenstoff- etc. Vergiftungen.
  5. Pellagra. Ergotismus.

[1]) Die Klammern bedeuten, daß die Zugehörigkeit einer Form zu der betr. Gruppe noch hypothetisch ist.

b) Endogene Vergiftungen.
   1. (Psychosen bei Magendarm-, Herz-, Lungenleiden etc.)
   3. (Klimakterische Psychosen.)
   3. Eklampsie.
   4. Urämie.
   5. Kachexia strumipriva.
   6. Myxödem und Kretinismus.
   7. Basedowpsychosen.
   8. (Epilepsie).
   9. (Dementia praecox.)
   10. (Dysadenoide Formen der Idiotie.)

III. **Infektionspsychosen** (einschließlich Puerperalpsychosen). Fieberdelirien — epileptiforme Erregungen — Amentia — Postinfektiöse Schwächezustände.

IV. **Systematisch unklare Psychosen.**
   a) Paraphrenie.
   b) Dementia phantastica.
   c) Dementia praecox.
   d) Epileptische Psychosen.

V. **Funktionelle Störungen.**
   a) Psychopathische Konstitutionen.
   Abnorme Charaktere — Hysterie — Pseudologia phantastica — Haltlose — konstitutionell Nervöse — Zwangszustände — Impulsives Irresein — Verschrobene — Phantasten — Debile — Moral insanity.
   b) Manisch-depressives Irresein.
   Manie — Melancholie — periodisches und zirkuläres Irresein — Zyklothymie — konstitutionelle Erregung und Verstimmung.
   c) Pathologische Reaktionen.
   1. Konstitutionelle Stimmungslabilität. — Menstruelle Verstimmungen etc.
   2. Neurasthenische und psychogene Reaktionen.
   3. Affektepilepsie — Dipsomanie — Poriomanie.
   4. Haftpsychosen.
   d) Pathologische Entwicklungen.
   1. Überwertige Ideen — Hypochondrie — chronische Paranoia (Querulantenwahn) — Unfallsneurosen — Verfolgungswahn der Schwerhörigen.
   2. Suchten — sexuelle Perversionen — Trunksucht etc.
   3. Induziertes Irresein.

II. Psychosen bei Allgemeinleiden, Infektionen, Intoxikationen, nach Hirnverletzungen, bei Erkrankungen anderer Organe etc.

(Symptomatische Psychosen).

Die Geistesstörungen, die im Verlauf von Allgemeinleiden, bei Infektionen und Vergiftungen des Körpers, bei Erkrankungen anderer Organe sowie nach Hirnerschütterungen, -verletzungen, -geschwülsten etc. auftreten, bilden insofern keine scharf abgegrenzte Gruppe, als sie nach Ausscheidung der psychogenen Formen ätiologisch mit den organischen Psychosen zusammengehören[1]). Dementsprechend sind auch die Reaktionstypen, die bei diesen Krankheiten beobachtet werden, im Prinzip dieselben, die die Symptomatologie der organischen Seelenstörungen zusammensetzen. Hinterläßt eine der genannten Ursachen einen länger dauernden oder unheilbaren Defektzustand, so gleicht er in seinen Hauptzügen dem Korssakowschen Syndrom oder der paralytischen, arteriosklerotischen, senilen Demenz; die akuten symptomatischen Psychosen aber sind Delirien, Dämmerzustände, Amentiabilder, Halluzinosen, Stuporen und epileptiforme oder katatonische Erregungen (Bonhoeffer) und sie entsprechen somit den akuten Phasen der Epilepsie und der Dementia praecox oder wiederum denen der organischen Verblödungen.

Bestehen also in dieser Hinsicht Beziehungen zu den organischen Psychosen, so ist es ohne weiteres verständlich, daß die symptomatischen Seelenstörungen erst recht weitgehend untereinander übereinstimmen. Wie Bonhoeffer gezeigt hat, lösen alle oben genannten Ursachen gleichförmige Reaktionen aus, die zwar im ganzen, als Gruppe betrachtet, typisch sind, von der speziellen Form der Schädlichkeit aber verhältnismäßig wenig abhängen. Somit werden wir die Hoffnung, aus dem psychischen Zustandsbild allein auf das Grundleiden zurückschließen zu können, nur sehr selten erfüllt sehen.

Diagnostisch noch unbequemer ist die Tatsache, auf die ebenfalls Bonhoeffer als erster hingewiesen hat: daß die besondere Gestaltung dieser Seelenstörungen nicht ganz selten durch endogene Momente mitbestimmt wird. Im allgemeinen lassen sich exogene und endogene Reaktionstypen wohl auseinanderhalten; im Einzelfall verleiht die persönliche Anlage auch den exogenen Psychosen oft Züge, die wir sonst nur bei endogenen Formen zu beobachten

[1]) Natürlich läßt sich die progressive Paralyse z. B., die eine Infektionskrankheit und zugleich ein organisches Hirnleiden ist, ebensogut als „symptomatische Psychose“ auffassen wie ein postinfektiöser Schwächezustand etwa nach Typhus oder eine Psychose bei einer multiplen Sklerose.



gewohnt sind. Dazu kommt, daß ausnahmsweise auch einmal eine rein endogene Störung wie eine Manie z. B. durch äußere Ursachen ausgelöst oder wenigstens manifest gemacht werden kann, sowie endlich, daß gewisse langdauernde körperliche Krankheiten die persönliche Formel eines Menschen auch auf psychologischem Wege umzugestalten pflegen.

Herz-, Lungen-, Magendarm- und Genitalerkrankungen.

Als ein Beispiel für die eben berührten Schwierigkeiten kann die Geschichte der nervösen Störungen bei Herzkranken dienen. Auch bei ihnen hat man früher nach spezifischen Psychosen gesucht und dabei übersehen, daß unter den zahlreichen Herzkranken ein bestimmter Bruchteil notwendig von Hause aus psychopathisch sein muß, sowie daß eine gewisse innere Unruhe, Reizbarkeit, Ängstlichkeit und hypochondrische Auffassungen bei Herzleidenden ohne weiteres verständlicher sind als bei körperlich rüstigen Personen. In der Tat kennen wir irgend eine spezifische Seelenstörung bei dieser Gruppe nicht, obwohl gewisse Angstpsychosen (Stransky) verhältnismäßig häufig mit Herzerkrankungen zusammen beobachtet werden. Wohl aber können Allgemeinvergiftungen des Körpers, wie sie im Verlauf schwerer Herzleiden aus der Stauung hervorgehen, ausnahmsweise zu Delirien, epileptiformen Erregungen, amentia- oder halluzinoseähnlichen Bildern Veranlassung geben.

Bei Phthisikern ist seit langem die eigentümliche Euphorie aufgefallen, die oft in grellem Gegensatz zu dem tatsächlichen körperlichen Befinden der Kranken steht. Eine Erklärung dieser an sich kaum bestrittenen Tatsache dürfte heute nicht möglich sein.

Verständlicher ist das Auftreten psychischer Störungen bei Magen- und Darmerkrankungen, die in leichtester Form wohl jeder Gesunde einmal beobachtet hat. Bei kleinen Kindern gestalten Weinerlichkeit, Reizbarkeit, erschwerte Auffassung und gewisse elementare motorische Reizsymptome das Bild gelegentlich so schwer, daß die Verwechslung mit einem zerebralen Leiden (Meningitis) nicht immer leicht vermieden werden kann.

Mit besonderem Nachdruck ist sodann immer wieder die Abhängigkeit bestimmter psychischer Störungen von Veränderungen der weiblichen Genitalorgane behauptet worden. Abgesehen von populären Anschauungen, denen wir das unglückliche Wort Hysterie verdanken, stützt sich diese Annahme auf die angebliche Tatsache, daß Genitalleiden bei psychisch kranken Frauen häufiger angetroffen würden als bei geistig gesunden. Wäre das, wie B. S. Schultze noch vor einigen Jahrzehnten geglaubt hat, wirklich richtig, so müßte man, da die Genitalerkrankungen nicht gut die Folge der Psychosen sein könnten, daraus notwendig folgern, daß sie vielmehr eine häufige Ursache psychischer Störungen darstellten. Diesem Schluß sind in früherer und in neuerer Zeit zahlreiche Frauen zum Opfer gefallen. Alfred Hegar hat viele kastriert, und neuerdings hat Bossi eine konservative gynäkologische Therapie angewandt, vor der übrigens Hegar ausdrücklich gewarnt hatte. Natürlich sind beide Behandlungsarten gerade bei psychisch kranken Frauen recht gefährlich, und es kann deshalb kaum nachdrücklich genug hervorgehoben werden, daß sie von falschen Voraussetzungen ausgehen.

Wollen wir die Tatsachen, die in dieser Beziehung vorliegen, kritisch prüfen, so werden wir zunächst beachten müssen, daß Frauenkrankheiten auf

psychologischem Wege das nervöse Gleichgewicht und damit das Lebensglück ebensowohl stören können wie viele andere, namentlich chronische Erkrankungen. Bei manchen gynäkologischen Leiden, wie z. B. bei denen, die mit Blutungen einhergehen, werden wir nicht einmal nur an psychische Zusammenhänge, sondern ebensowohl an die unmittelbare Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens denken müssen. Bei anderen wieder, deren Vorhandensein gelegentlich den ehelichen Frieden untergräbt oder Kinderlosigkeit mit Recht oder Unrecht befürchten läßt, sind leichte seelische Depressionen so natürlich, daß nur ihr Ausbleiben überraschen könnte. Ob aus solchen Voraussetzungen ernstere nervöse Störungen von neurasthenischer oder hysterischer Färbung auch bei ursprünglich nicht psychopathischen Frauen entstehen können, ist eine Frage, deren ganz objektive Beantwortung keineswegs leicht ist; der Grad und eventuell auch das Vorhandensein der psychopathischen Anlage werden sich sehr häufig nur subjektiv beurteilen lassen. Geistesstörungen, die über eine psychogene Depression hinausgehen, entstehen aber auf diesem Wege sicherlich nicht.

Im übrigen sind, wie gesagt, die Tatsachen, auf die sich Bossi angeblich heute noch stützt, längst widerlegt worden. Immer wieder, zuletzt noch auf meine Veranlassung in der Freiburger Psychiatrischen Klinik, ist durch systematische Untersuchungen festgestellt worden, daß geisteskranke Frauen nicht häufiger genitalkrank sind als andere. Dazu kommt, daß Psychosen bei Frauen nicht etwa häufiger, sondern seltener vorkommen als bei Männern (E. Meyer), und daß es — vom Klimakterium allenfalls abgesehen — keine einzige Seelenstörung beim weiblichen Geschlecht gibt, die beim männlichen nicht auch beobachtet würde. Die Amenorrhöe bei geisteskranken Frauen aber, die gelegentlich im Sinne Hegars und Bossis gedeutet worden ist, ist selbstverständlich die Begleiterscheinung oder höchstens die Folge der Psychose, nicht aber ihre Ursache.

Generationspsychosen.

Dagegen steht es unzweifelhaft fest, daß die Generationsvorgänge des Weibes gewisse Beziehungen zu nervösen und psychischen Krankheiten besitzen, und zwar Beziehungen, die sich hier nicht immer als rein psychologische auffassen lassen.

Schon die Menstruation wird nicht ganz selten, außer von Müdigkeit, Kopfdruck, Schwindel, Appetitlosigkeit und Übelkeit, von depressiver Verstimmung, Andeutung von Zwangszuständen, Gereiztheit, Angst, abortiven Versündigungs- oder Eifersuchtsideen, Verwirrtheitszuständen usw. begleitet. Nach Pilz und Heller waren 35 % der Selbstmörderinnen zur Zeit ihres Suizids menstruiert[1]). Daß gewisse katatone Erregungszustände zur Zeit der Menstruation anzuschwellen pflegen, sahen wir früher. Noch häufiger sind leichtere nervöse Störungen bekanntlich während der Schwangerschaft. Auch hier werden Stimmungswechsel, Reizbarkeit, leichte melancholische und hypochondrische Anwandlungen, Widerwillen gegen manche Speisen, Angstzustände oder aber ein gewisses verträumtes und zerstreutes Wesen zu häufig beobachtet, als daß sie

[1]) Auf die psychischen Störungen des Klimakteriums soll im Kapitel III eingegangen werden.



ohne weiteres auf eine schwerere psychopathische Anlage zurückschließen ließen.

Diese wird man dagegen da voraussetzen müssen, wo es zu kleptomanischen und poriomanischen Neigungen, Dämmerzuständen oder auch zum unstillbaren Erbrechen kommt.

Während nun für diese nervösen Symptome der Menstruation und der Gravidität wenigstens die Bedeutung einer auslösenden Ursache zukommt, ist für die meisten bei Schwangeren beobachteten eigentlichen Psychosen selbst das nicht allzu wahrscheinlich. Schon daß es während des Generationsgeschäftes des Weibes (einschließlich der Geburt und des Wochenbetts) keine einzige Seelenstörung gibt, die nicht auch unabhängig davon und sogar beim Manne vorkäme (Runge), spricht gegen einen solchen Zusammenhang, wenigstens soweit er körperlicher Art ist. Bei weitem die meisten Seelenstörungen bei Schwangeren gehören der Schizophrenie oder dem manisch-depressiven Irresein bzw. dem weiteren Kreise der endogenen Störungen (Zwangsneurosen, psychogene Zustände) an. Zuzugeben ist dagegen, daß die Schwangerschaft auf psychologischem Wege seelische Störungen auszulösen vermag. Namentlich bei Zweitgebärenden, die eine schwere erste Entbindung hinter sich haben, sowie bei Frauen, denen ein weiteres Kind aus sozialen Gründen unerwünscht ist, beobachten wir verhältnismäßig häufig Depressionszustände von rein psychogener Herkunft (E. Meyer). Hier ist die Idee, schwanger zu sein, das letzte psychologische Motiv der krankhaften Symptome: Selbstanklagen, Angst, Abneigung gegen den Gatten, Haß gegen das entstehende Kind, Selbstmordgedanken. Natürlich setzt die Entstehung solcher Ideen eine psychopathische Anlage voraus, auf ihrem Boden aber entwickelt sich die Störung so sehr nach rein psychologischen Gesetzen ohne körperliche Beeinflussung, daß ausnahmsweise einmal sogar die nur scheinbar begründete, in Wahrheit aber unrichtige Annahme der Gravidität die gleiche Psychose nach sich ziehen kann (E. Meyer).

Damit scheiden diese Fälle natürlich für unsere Betrachtung, aus dem Kreise der „symptomatischen" Psychosen nämlich, aus. Das gleiche gilt für manche Fälle von choreatischem Irresein bei Schwangeren, die ebenfalls der Psychogenie angehören. Ein anderer Teil beweist jedoch schon durch die Schwere der Erscheinungen, den stürmischen Verlauf und die üble Prognose die somatische, toxische Entstehung. In diesen Fällen, in denen Reizbarkeit, heftige Erregungen, Verwirrtheit und schließlich Benommenheit oder tiefe Verworrenheit das Bild beherrschen, ist die Schwangerschaft zweifellos eine Ursache der Seelenstörung.

Ebenso müssen natürlich die Fälle von eklamptischem Irresein beurteilt werden. Sie sind übrigens nicht häufig.

Ohlshausen sah nur 31 Geistesstörungen unter 515, Kutzinski 44 unter 725 Fällen von Eklampsie überhaupt. Die psychischen Störungen beginnen gewöhnlich 3 bis 6 Tage nach den Krämpfen, schließen sich aber auch oft unmittelbar an sie an und können ihnen endlich auch noch viel später folgen. Als Prodrome sind zu nennen: Abgeschlagenheit, Schwindel, Schlaflosigkeit, Parästhesien. Dann folgt ein Zustand von Verwirrtheit und Erregung, der durch die massenhaften Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten, durch die starke Aufmerksamkeitsstörung, die Unfähigkeit komplizierte Eindrücke aufzufassen, die Ablenkbarkeit und Inkohärenz, das Haften, die ängstliche Stimmung (Suizid,

Kindsmord!) und vor allem durch die starke motorische Erregung einigermassen charakterisiert wird. Im Ganzen steht das Bild der Psychose (vergleiche den Abschnitt Bewußtsein im allgemeinen Teil) dem des postepileptischen Dämmerzustandes nahe, eine Analogie, die sich auch auf das nachherige Auftreten von Amnesie und retrograder Amnesie erstreckt. Westphal hat eine eigne amnestische Form von Korssakow-ähnlichem Verhalten beschrieben. — Gedächtnisstörungen vereinigen sich übrigens auch bei nichteklamptischen Schwangeren zuweilen mit einer Polyneuritis, ohne daß immer Alkoholmißbrauch nachweisbar wäre.

Alle übrigen Psychosen der Gravidität (die merkwürdigerweise ältere und mehrgebärende Frauen bevorzugen und gewöhnlich in die zweite Hälfte der Schwangerschaft fallen) gehören dem manisch-depressiven Irresein oder der Dementia praecox an und werden zumeist wohl nur zufällig während der Gravidität manifest. Immerhin mag die Schwangerschaft in manchen derartigen Fällen eine Gelegenheitsursache abgeben — ähnlich wie zuweilen auch epileptische Anfälle während dieser Zeit gehäuft auftreten.

Für die Beurteilung der Psychosen im Wochenbett ist die Tatsache wichtig, daß nach einer 19910 Geburten umfassenden Statistik von Engelhardt im ganzen nur 0,14 % der Wöchnerinnen psychotisch werden, oder wie Meyer ausgerechnet hat, daß nur ebensoviel Puerperalpsychosen auf die Gesamtzahl der überhaupt vorkommenden Geisteskrankheiten bei Frauen entfallen wie Geburten auf die Zahl der Frauen überhaupt. Das bedeutet, da Wöchnerinnen streng genommen natürlich nur mit gleichaltrigen anderen Frauen verglichen werden können, immerhin ein gewisses Mehr an Psychosen bei ihnen; aber dieses Plus ist so geringfügig, daß die meisten Fälle puerperaler Psychose einfach auf ein zufälliges Zusammentreffen von Wochenbett und manifester Geistesstörung zurückgeführt werden müssen. Allerdings gilt diese Erwägung in voller Ausdehnung nur für unsere Zeit. Die Wochenbettpsychosen haben mit der Besserung der Asepsis an Häufigkeit schnell abgenommen. Während früher 13,8 % aller in einer Irrenanstalt aufgenommenen Patientinnen Wöchnerinnen waren, machen diese heute nur noch 2,08 % aus (Meyer.)

Was nun die Krankheitsformen im einzelnen angeht, so gehört die Mehrzahl der sogenannten Wochenbettpsychosen der Dementia praecox (36,8 %, Runge), dem manisch-depressiven Irresein (19,7 %) oder der Hysterie (7,89 %) an, 6,6 Prozent werden durch die Eklampsie bedingt (gehören also noch zu den Graviditätspsychosen), und nur ein Viertel aller Fälle darf als spezifisch aufgefaßt werden. Für diese Fälle hat man früher die Erschöpfung und insbesondere den Blutverlust heranziehen wollen. Neuere Forschungen, namentlich von Bonhoeffer, haben aber gezeigt, daß selbst die eigentliche Wochenbettsamentia, Fürstner's akute halluzinatorische Verworrenheit, stets mit Temperatursteigerungen verbunden ist, so daß jetzt alle überhaupt spezifischen Wochenbettpsychosen unter einem einheitlichen ätiologischen Gesichtspunkt als Folgen einer Infektion betrachtet werden müssen. Auf die Symptomatologie ist im allgemeinen Teil im Abschnitt „Bewußtseinsstörungen“ eingegangen worden.

Infektionspsychosen.

Ganz allgemein kann hier von einer erneuten Besprechung der Infektionspsychosen abgesehen werden; nur auf die differentialdiagnostische Schwierig-

keit sei noch einmal hingewiesen, daß viele nichtinfektiöse Seelenstörungen wie namentlich die des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox nicht ganz selten während einer fieberhaften Krankheit erstmals manifest werden. Die Schwierigkeit wird dadurch noch größer, daß in manchen stürmischen Anfangsstadien der Dementia praecox selbst Fieberbewegungen beobachtet werden, für die sich eine außerhalb der Grundkrankheit gelegene Ursache nicht verantwortlich machen läßt, und daß ferner bei den echten Fieberpsychosen außer deliriösen, amentiaähnlichen, epileptiformen und mehr manisch gefärbten Zuständen auch jedes überhaupt mögliche katatone Symptom einschließlich eines ausgesprochenen Stupors vorkommen kann. In solchen Fällen ist zu beachten, daß bei Katatonikern auch in starker Erregung gewöhnlich die Orientierung und die Merkfähigkeit erhalten bleiben, während Fieberkranke im Zustande ratloser Verworrenheit von den Vorgängen der Umgebung so gut wie gar nichts wahrnehmen. Sodann sprechen gewisse zerebrale Reizerscheinungen im Gebiet der Gesichts- und Zungenmuskulatur mit größter Wahrscheinlichkeit für den exogenen, infektiösen oder toxischen Charakter einer im übrigen kataton aussehenden Erregung.

Die Verwechslung einer Infektionspsychose mit deliriösen Zuständen im Verlauf der progressiven Paralyse wird heute, wo wir die Lumbalpunktion zur Unterstützung heranziehen können, kaum mehr vorkommen. Aber natürlich kann sich das Bild des Fieberdelirs dem der Paralyse ebenso wie dem der senilen Demenz auflagern.

Daß die postinfektiösen Schwächezustände wenig Charakteristisches bieten und sich von den posttraumatischen z. B. sowie von manchen toxischen Formen grundsätzlich nicht unterscheiden, haben wir bei Erörterung der verschiedenen Demenzformen gesehen. Eine verhältnismäßig häufig beobachtete euphorische Stimmungslage mit der Neigung zu albernen Witzen ist, wie wir früher hörten, ein allgemeines Symptom hirnatrophischer Prozesse überhaupt (Bonhoeffer). Im Verein mit ausgesprochener Indolenz erweckt diese Euphorie auch hier leicht den Verdacht auf Paralyse, der sich durch die Anstellung der Wassermannschen Reaktion im Blut und im Liquor zumeist bald widerlegen läßt. Dagegen kommt eine, wenn auch gewöhnlich nicht sehr erhebliche Lymphozytose auch nach anderen als der syphilitischen Infektion vor.

Von sonstigen körperlichen Symptomen sind besonders die polyneuritischen zu erwähnen, die sich freilich bei allen möglichen Vergiftungem ebenso finden und sich außerdem häufig schon zurückgebildet haben, ehe eine deutliche Demenz erkennbar wird.

Daß der Versuch, spezifische Infektionspsychosen bei Pneumonie, Typhus, Variola etc. abzugrenzen, gescheitert und daß es auch nicht möglich ist, zwischen Geistesstörungen der eigentlichen Fieberperiode und den nach der Entfieberung einsetzenden zu unterscheiden, wurde früher gezeigt. (S. 392.)

Einer kurzen Erörterung bedürfen noch die psychischen Störungen bei der Sydenham'schen Chorea. Leichte Abweichungen vom normalen seelischen Verhalten wie Affektlabilität, ängstliche, weinerliche Stimmung, die Neigung zu zornigen und ärgerlichen Affekten oder auch eine gewisse ausgelassene, läppische Euphorie finden wir hier bekanntlich beinahe regelmäßig; häufig ist außerdem eine Aufmerksamkeitsstörung und eine Herabsetzung der Spontaneität. Eine bestimmte Mischung dieser Symptome kann den Verdacht auf Hebephrenie

erwecken, bei der ja gewisse choreiforme Bewegungen ausnahmsweise auch vorkommen. Seltener ist ausgesprochene Verwirrtheit mit Inkohärenz und einzelnen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen.

(Anhangsweise sei die besondere Form von Demenz erwähnt, die die Huntingtonsche Chorea begleitet. Diese Kranken sind psychisch so gut wie niemals normal. Im Anfang findet sich häufig eine melancholische oder hypochondrische Verstimmung, die ja z. T. psychologisch motiviert sein kann. Im späteren Verlauf werden die Kranken zumeist apathisch und stumpf. Auch Wahnideen, z. B. im Sinne der Eifersucht, und zumeist akustische Sinnestäuschungen können das Bild vorübergehend beherrschen. Schließlich entwickelt sich mehr und mehr zunehmend eine schwere Demenz, die sich in einer starken Störung der Aufmerksamkeit und der Auffassung, in der Abnahme der geistigen Regsamkeit, großer Ermüdbarkeit, Merkfähigkeitsschwäche, dem Verlust früherer Erinnerungen und in hochgradiger Urteilsschwäche äußert.)

Intoxikationspsychosen.

Endogene Vergiftungen.

Damit wenden wir uns zu den Vergiftungen und beginnen zunächst mit den im Körper entstandenen Toxinen. Die akute Urämie wird zumeist durch Kopfschmerzen, Erbrechen, Mattigkeit, Teilnahmlosigkeit oder Reizbarkeit eingeleitet; dann folgt häufig ein epileptischer Anfall oder eine Ohnmacht, und hieran schließen sich die charakteristische Benommenheit oder mehr deliriöse und amentiaähnliche Bilder, denen sich nicht selten auch katatone Symptome (Bischoff, Ascoli) beimengen. (Vgl. den Abschnitt Bewußtseinstrübungen.) Auch ein amnestischer Symptomenkomplex kommt vor, und zuweilen hinterlassen die akuten Bewußtseinstrübungen einen Residualwahn. Die chronische Urämie kann gelegentlich diagnostische Schwierigkeiten gegenüber der Paralyse und dem Hirntumor machen. Wie bei diesen Krankheiten treffen psychische Defekte und neurologische Herdsymptome zusammen. Neben Mattigkeit, affektiver Schwäche, Kopfschmerzen, Erbrechen und schlechtem Schlaf werden eine allgemeine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, dazu Reizbarkeit oder aber Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit beobachtet. Im Ganzen machen die Kranken stets einen leicht benommenen Eindruck. Von körperlichen Störungen erwähnt Bonhoeffer als besonders häufig Tremor, Ataxie, eine stolpernde oder verwaschene Sprache, Augenmuskellähmungen, Pupillendifferenz, Babinski, Mono- oder Hemiplegien, Jackson'sche Anfälle, Hemianopsie, transitorische Amaurose und Taubheit.

Beim Diabetes werden Psychosen verhältnismäßig selten beobachtet, und wo sie auftreten, sind ihre Beziehungen zum Grundleiden schwer klarzustellen. Es steht fest, daß Diabetes und Psychopathie häufig bei denselben Individuen zusammentreffen, und ferner, daß die Zuckerkrankheit das Auftreten der Arteriosklerose begünstigt und beschleunigt. Immerhin hat Laudenheimer eine diabetische Pseudoparalyse beschrieben, bei der auf körperlichem Gebiete Pupillenstörungen, Fazialisschwäche und artikulatorische Sprachstörungen, auf psychischem eine euphorische Stimmungslage, Größenideen und gewisse moralische Defekte beobachtet wurden. Die Differentialdiagnose kann besonders dann Schwierigkeiten machen, wenn gleichzeitig Syphilis vorliegt. Von akuten Stö-

rungen sind außer dem Koma, das gewöhnlich durch eine ängstliche, mit Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen einhergehende paranoide Erregung eingeleitet wird, Amentiabilder beschrieben worden.

Noch schwerer als beim Diabetes lassen sich die ursächlichen Zusammenhänge vorhandener psychischer Störungen bei Basedow-Kranken klarstellen. Auch hier ist eine psychopathische Disposition wohl ziemlich regelmäßig vorhanden, nur wird sich selten ausschließen lassen, daß diese Disposition schon von vornherein eben durch die Selbstvergiftung des Körpers bedingt war. Besonders häufig ist die Verbindung mit psychogenen Reaktionen und mit manisch-depressiven Zuständen. Auch wo derartige Komplikationen nicht vorliegen, fallen die sensible Überempfindlichkeit, die Stimmungsschwankungen, die emotionelle Inkontinenz, die Reizbarkeit und schließlich die motorische Übererregbarkeit bei den meisten schwerer Kranken ohne weiteres auf. Dazu kommen bei objektiver Prüfung gewöhnlich noch eine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit sowie subjektive Klagen über schlechten Schlaf, unruhige Träume, Herzklopfen, Angst und Schreckhaftigkeit. Auch hier ist gelegentlich eine Euphorie von paralytischem Gepräge beschrieben worden. (Bonhoeffer.) Episodisch treten deliriöse und halluzinoseähnliche Zustände auf. Die Erkennung dieser Psychosen kann durch das Vorhandensein kortikaler und bulbärer Symptome (Schwächeanfälle mit nachfolgenden Herderscheinungen, Fazialisschwäche, Sprachstörungen, Mono- und Hemiparesen, choreatische Unruhe) erschwert werden.

Nach Kropfoperationen beobachtet man außer der typischen Kachexie delirante und zuweilen kataton gefärbte Bilder, deren Abgrenzung von der Schizophrenie bisher nicht gelungen ist. In einer eigenen Beobachtung bestanden neben den katatonen Symptomen kortikale Reizerscheinungen im Fazialis; in einem Falle Bonhoeffers (der psychisch ganz anders gefärbt war und mit tetanischen Anfällen einherging) wurden neuritische Erscheinungen und doppelseitiger Babinski beobachtet.

Die akuten Erregungszustände der Tetanie sind gewöhnlich durch eine ängstliche Erregung mit Sinnestäuschungen und Desorientiertheit (v. Frankl-Hochwart) ausgezeichnet. In anderen Fällen (Bonhoeffer) kommt es zu Somnolenz, mürrischem Wesen, Verlangsamung aller psychischen Reaktionen, starker motorischer Unruhe, die sich in Grimmassieren äußert und bis zur Jaktation gehen kann.

Die akuten Psychosen des Myxödems zeigen nichts Charakteristisches. Pilz beobachtete „alle möglichen auch bei allen funktionellen Psychosen vorkommenden Formen, manische und melancholische Zustandsbilder, Verfolgungs- und Größenideen, Halluzinationen, Verwirrtheit“. Über die Verblödung bei dieser Krankheit ist in dem Abschnitt Demenz gesprochen worden.

Anhangsweise sei erwähnt, daß ähnliche wie die bisher besprochenen psychischen Zustände auch bei der Karzinomkachexie und, wie es nach manchen Veröffentlichungen scheint, vielleicht auch bei schwerster Inanition beobachtet werden. Auch in diesen Fällen werden wir an eine Selbstvergiftung des Körpers denken müssen.

Exogene Vergiftungen.

Alkoholpsychosen.

Von den exogenen Vergiftungen sind selbstverständlich die wichtigsten die durch den Alkohol bedingten. Fast 40 % der Aufnahmen der Breslauer und der Berliner Klinik betrafen in den letzten Jahren vor dem Kriege Alkoholisten; reichlich die Hälfte davon litt an Delirium tremens (Schröder). In diesen Fällen wird niemand an dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Gift und Psychose zweifeln, und wenn es dafür noch eines Beweises bedurft hätte, so hätte ihn uns der Krieg geliefert, der mit dem Fusel auch die Delirien fast ganz beseitigt hat. Sehr viel schwerer lassen sich dagegen die chronischen psychischen Veränderungen bei Alkoholisten beurteilen. In dieser Hinsicht hat man früher zweifellos viel zu gradlinig nur das exogene Moment des Alkoholmißbrauchs berücksichtigt und dabei die endogenen Faktoren übersehen, die schon bei der Entstehung der Trunksucht gegeben waren. (Bonhoeffer, Schröder.) Selbstverständlich wirken bei der Entwicklung jeder Trunksucht innere und äußere Ursachen immer zusammen. Die einfache Überlegung jedoch, daß die Gelegenheit zum Trinken fast für jeden gegeben ist, legt den Gedanken nahe, daß das gewohnheitsmäßige und übermäßige Trinken selbst, mindestens in vielen Fällen, nicht sowohl die Ursache als der Ausdruck einer psychischen Störung sein mag. Dazu zeigt schon die einfache tägliche Beobachtung, daß die Widerstandsfähigkeit dem Gift gegenüber individuell ganz außerordentlich verschieden ist. Es gibt Menschen, die trotz jahrelangen ungeheuren Mißbrauchs so gut wie gar keine psychischen und körperlichen Veränderungen aufweisen, und andere, die nach verhältnismäßig kurzer Zeit und nicht allzu hohen täglichen Gaben schwer krank werden. Daran scheitert übrigens auch der wiederholt unternommene Versuch, die Begriffe des „Trinkers“ und der „Trunksucht“ zu definieren.

Immerhin geht es doch wohl zu weit, wenn man heute eine spezifische Veränderung der Trinkerpsyche und gewisse chronische Alkoholkrankheiten gelegentlich beinahe ganz leugnet. Gewiß sind die meisten schweren Potatoren geborene Psychopathen, die gewöhnlich außer ihrer Willensschwäche noch andere Anzeichen einer ererbten nervösen Anlage bieten. Wenn sich trotzdem beinahe regelmäßig gewisse gemeinsame Züge in ihrer Persönlichkeit nachweisen lassen, so spricht das meines Erachtens deshalb für die spezifische Natur dieser Symptome, weil das Menschenmaterial, das dem Alkohol verfällt, zwar stets abnorm, aber doch unter sich keineswegs gleichartig ist. Stöcker hat nahezu alle Trinker zwischen Epilepsie und manisch-depressivem Irresein, Dementia praecox, Hysterie und Imbezillität aufteilen wollen. Das wird kaum ganz richtig sein; aber schon der zweifellos richtige Kern dieser Lehre zeigt, daß sich die gemeinsamen Eigentümlichkeiten aller Alkoholisten durch ihre psychopathische Anlage allein nicht erklären lassen.

Im einzelnen sei für die chronischen Alkoholpsychosen auf das Kapitel Demenz und auf den Abschnitt paranoide Psychosen verwiesen. Auch hinsichtlich der akuten Alkoholpsychosen kann es sich hier nur um eine Nachlese handeln, die sich hauptsächlich auf den Verlauf und auf die körperlichen Begleiterscheinungen dieser Krankheiten beziehen soll.

Pathologischer Rausch.

Vom pathologischen Rausch sahen wir früher schon, daß er symptomatologisch innige Beziehungen zur Epilepsie und in anderen Fällen auch zu hysterischen Zuständen besitzt. Dementsprechend kann die Alkoholintoleranz, die ihm zugrunde liegt, entweder als Symptom einer allgemeinen nervösen Anlage angeboren oder aber im Leben (durch Schädelverletzungen, organische Hirnkrankheiten, Infektionen, körperliche und seelische Überanstrengungen, gemütliche Aufregung und schließlich durch chronischen Alkoholmißbrauch) erworben worden sein. Auch das kommt vor, daß ein Mensch unter dem Einfluß akuter Schädlichkeiten vorübergehend auf kleine Alkoholgaben mit sinnloser Erregung reagiert, der für gewöhnlich erhebliche Mengen verträgt. In der Regel besteht aber die Disposition, wo sie sich einmal gezeigt hat, zum mindesten wenn sie nicht behandelt wird, durch lange Zeit unverändert fort. Fast immer pathologisch gefärbt sind die Räusche bei chronischen Alkoholikern selbst, bis eine Alkoholentziehung durch längere Zeit durchgeführt wird. Hinsichtlich der Symptomatologie sei noch hinzugefügt, daß außer epileptoiden und psychogenen auch deliriöse und halluzinoseähnliche Zustände vorkommen. In den deliriösen lassen sich fast immer die Grundzüge des Delirium tremens wiedererkennen. Diagnostisch wichtig sind übrigens auch die körperlichen Symptome des pathologischen Rausches (Pupillen, Tremor, Ataxie, Sprachstörung, vgl. unten), die gelegentlich die psychischen überdauern können.

Delirium tremens.

Für die Diagnose des Delirium tremens ist zunächst die Tatsache wichtig, daß diese Psychose selten vor dem 30., am häufigsten zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr beobachtet wird und daß sie fast immer einen mehrjährigen Schnapsmißbrauch voraussetzt. Während in Breslau und in Berlin etwa ein Fünftel der klinischen Aufnahmen vor dem Kriege Deliranten betrafen, habe ich diese Krankheit in Freiburg in Baden nur recht ausnahmsweise zu Gesicht bekommen. Die Abhängigkeit von der Art des genossenen Alkohols geht auch aus der Tatsache hervor, daß ich in dem einzigen Friedenssemester, das ich in Rostock erlebt habe, 4 Fälle von Delirium tremens bei Studenten (bei einer Gesamtfrequenz der Universität von noch nicht 1000) behandelt habt. Sie betrafen alle späte, verbummelte Semester, die durch mindestens 5 Jahre regelmäßig Schnaps in großen Mengen getrunken hatten. Das Gegenstück ist, daß das Delirium tremens während des Krieges auch im deutschen Osten fast verschwunden ist. Ich selbst habe in Breslau während eines ganzen Jahres einen einzigen Fall beobachtet.

Sodann ist auch für diagnostische Zwecke die Frage wichtig, ob und wieweit der Ausbruch eines Delirs durch die Alkoholentziehung begünstigt wird. Schon allein die Erfahrungen der Trinkerheilstätten sprechen, wie Kraepelin mit Recht betont, dagegen, daß die plötzliche Abstinenz mit einiger Gesetzmäßigkeit delirante Symptome auslöst, und anders lautende Erfahrungen, die man in chirurgischen und internen Krankenhäusern gemacht hat, erklären sich wohl größtenteils dadurch, daß andere Schädlichkeiten, wie schwere Verletzungen, fieberhafte Erkrankungen (Pneumonien), und nicht die Alkoholentziehung den Ausbruch der Psychose verursacht haben. Dagegen kann die Häufigkeit des

Delirium tremens in der Haft (Bonhoeffer) wohl nur auf Rechnung der erzwungenen Abstinenz gesetzt werden. Zu beachten ist aber, daß die Zeit, innerhalb deren ein solcher Zusammenhang auch nur für Ausnahmefälle noch vorausgesetzt werden darf, begrenzt ist. Bricht eine Psychose später als vier Tage nach der erzwungenen Abstinenz, also nach der Aufnahme ins Krankenhaus, aus, so handelt es sich nicht um ein Delirium tremens. (Schröder.)

Schließlich sei in bezug auf einige andere, angeblich auslösende Ursachen noch hervorgehoben, daß besonders die chirurgischen Erkrankungen sehr häufig erst die Folge der Psychose und nicht ihre Ursache darstellen. Unbestritten ist aber, daß fieberhafte Krankheiten, insbesondere die Pneumonie, und schwere Verletzungen wie Quetschungen usw. im Beginn des Deliriums sehr oft (in zusammen 70 % der Fälle, Bonhoeffer) vorkommen.

Das Alkoholdelir wird, so akut sein Ausbruch auch sein kann, gewöhnlich durch Prodrome längere Zeit vorbereitet. Es gibt Säufer, die durch Wochen hindurch gewissermaßen am Rande des Delirs leben, ängstlich und schreckhaft werden, des Abends vor dem Einschlafen oder in der Nacht heitere oder ängstliche Visionen erleben, dabei aber zunächst noch ihre Orientierung und ein gewisses Maß von äußerer Haltung bewahren. Werden sie in diesem Zustande zur Abstinenz gezwungen, so treten die Erscheinungen zurück; trinken sie weiter, so wird eines Tages aus dem abortiven ein wirkliches Delir.

Hinsichtlich der Reihenfolge der einzelnen Erscheinungen bestehen für das Delir gewisse Gesetzmäßigkeiten. Die epileptischen Anfälle, die in etwa 10 % aller Fälle beobachtet werden, treten gewöhnlich 12 bis 48 Stunden vor Ausbruch der eigentlichen Psychose, seltener noch früher auf. Das Delirium selbst dauert 3 bis 5 Tage. Ein Verlauf von weniger als 1 ½ Tagen ist ebenso selten wie eine Verzögerung der Heilung bis zum 10. Tage. Die Aufhellung des Bewußtseins erfolgt gewöhnlich nach einem tiefen Schlaf, aus dem die Kranken klar, aber schwer besinnlich erwachen. Hiernach bleibt die Merkfähigkeit noch einige Tage gestört, inzwischen berichtigen die Patienten ihre Erinnerung an die wahnhaften Erlebnisse, und damit ist die völlige Genesung erreicht.

Die Differentialdiagnose macht selten Schwierigkeiten. Gewöhnlich vereinigen sich die Anamnese, der eigentümlich benommene Bewußtseinszustand, die spezifischen Sinnestäuschungen, Konfabulationen und Wahnbildungen, die starke Desorientiertheit, die Suggestibilität, die charakteristische Stimmungslage, die motorische Unruhe und die körperlichen Erscheinungen (siehe unten), um jeden Zweifel auszuschließen. Wirklich sehr ähnliche Zustandsbilder werden nur durch verwandte Gifte wie Paraldehyd und Chloralhydrat hervorgerufen. Im übrigen kommen neben manchen Zuständen im Verlauf der progressiven Paralyse und im Beginn der Schizophrenie (sc. bei Trinkern) eigentlich nur Fieberdelirien und epileptische Dämmerzustände in Frage. Von der Epilepsie ist eine Trennung nur dann schwer oder gar nicht möglich, wenn eine Kombination dieser Krankheit mit schwerem Alkoholismus vorliegt; unter dieser Voraussetzung können sich dem epileptischen Dämmerzustand delirante oder umgekehrt dem Delirium tremens epileptische Züge beimischen. In rein epileptischen Zuständen dagegen sind die Sinnestäuschungen und die Stimmungslage anders; dazu fehlen der Tremor und das charakteristische Versprechen der Deliranten (Bonhoeffer). Beim Fieberdelirium ist besonders die Abhängig-

keit der psychischen Störungen von der Temperaturkurve gewöhnlich sehr typisch. Dazu sind die Sinnestäuschungen stärker traumhaft gefärbt und weniger suggestibel; das Beschäftigungsdelir fehlt, und die rasch wechselnde Affektlage ist von der des Delirium tremens weit unterschieden. Schließlich haben Fieberkranke gewöhnlich ein deutliches Krankheitsgefühl, das bei Alkoholdeliranten regelmäßig fehlt. Recht schwierig kann dagegen die Abgrenzung von der Meningitis werden, insbesondere, wenn auch diese Trinker betrifft oder gar in Form der Pachymeningitis haemorrhagica interna mit dem Alkoholmißbrauch im Zusammenhang steht. Bei reinem Delirium tremens wird natürlich niemals Nackenstarre beobachtet. Für Senile und Arteriosklerotiker gilt etwas Ähnliches wie für Paralytiker. Alle diese Krankheiten disponieren zu dem Auftreten deliriöser Zustände, und wo außerdem noch Alkoholmißbrauch getrieben worden ist, kann es gelegentlich unmöglich werden, die Herkunft der einzelnen Symptome ganz klarzustellen

Halluzinose.

Die Abgrenzung der Alkoholhalluzinose ist nach vielen Richtungen hin schwierig. Halluzinose ähnliche Bilder können auf alle möglichen Schädlichkeiten folgen und selbst chronische Störungen wie die Syphilis des Zentralnervensystems, die Tabes oder die Paralyse komplizieren. Dazu ist die Unterscheidung von gewissen Zuständen im Verlauf der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins praktisch durchaus nicht leicht. In den halluzinatorischen Angstzuständen der Manisch-depressiven überwiegen allerdings gewöhnlich Versündigungsideen so sehr, daß die Differentialdiagnose dadurch erleichtert wird. Hinsichtlich der Schizophrenie erwähnten wir bereits in anderem Zusammenhang, daß Bleuler daran denkt, die akute Halluzinose könne ein bloßes, durch Alkohol hervorgerufenes Syndrom der Schizophrenie sein. Dagegen spricht schon die Tatsache, daß zwischen der Halluzinose und dem Delirium tremens so fließende Übergänge bestehen, daß in manchen Einzelfällen sowohl die eine wie die andere Diagnose gerechtfertigt erscheint. Trotzdem illustriert Bleulers Ansicht deutlich die Tatsache, wie häufig sich eine Halluzinose im weiteren Verlauf als der Beginn einer Dementia praecox aufklärt. Deshalb ist zu beachten, daß die Alkoholhalluzinose selten länger als ein bis zwei Wochen und — vorausgesetzt, daß nicht weiter getrunken wird — niemals über einen Monat andauert. Zuweilen bleibt allerdings ein Residualwahn zurück; in anderen Fällen geht die Halluzinose in einen Korssakow über. Eine Ausnahme nach der anderen Seite hin stellen die Fälle dar, in denen die Halluzinose abortiv in wenigen Tagen verläuft.

Sodann können auch bei der Diagnose der Alkoholhalluzinose gewisse präsenile und senile Zustandsbilder Schwierigkeiten machen. Bei den epileptischen Psychosen ist gewöhnlich die Benommenheit stärker und insbesondere eine gewisse Schwerbesinnlichkeit und die Orientierungsstörung ausgesprochener. Aber auch hier kommen Mischungen von alkoholistischen und epileptischen Zügen vor. Schließlich können noch die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten diagnostisch unbequem werden. In der Regel sind die Vorstellungen bei diesen Zuständen allerdings von vornherein phantastischer als die Wahnideen der Halluzinose, die sich bekanntlich häufig innerhalb möglicher Grenzen bewegen. Dazu kommen die starke Suggestibilität der Wahnbildungen bei Degenerierten und die häufige Vermischung mit Pseudo-Demenz.

Korssakow.

Über das Korssakowsche Syndrom, das ja nach heutiger Auffassung insofern zu den akuten Störungen gehört, als es wohl immer durch eine plötzlich einsetzende maximale Schädigung des Gehirns herbeigeführt wird, ist dem früher Gesagten (S. 78) fast nichts mehr hinzuzufügen. Der amnestische Symptomenkomplex schließt sich bei Trinkern in zwei Drittel aller Fälle an ein Delir, ausnahmsweise an eine Halluzinose an und verbindet sich bekanntlich häufig mit einer Polyneuritis. Im übrigen kann er, wie wiederholt betont wurde, durch sehr verschiedenartige Ursachen herbeigeführt werden, und selbst die Verbindung mit polyneuritischen Erscheinungen beweist natürlich zunächst nur die toxische (Blei!) oder die infektiöse Ätiologie überhaupt, nicht aber den Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch.

Soweit man unter diesen Umständen von einer auf die psychischen Symptome gegründeten Differentialdiagnose überhaupt sprechen kann, wird sie gelegentlich der Presbyophrenie, der Hirnarteriosklerose und der Paralyse gegenüber schwierig. Im Prinzip ist darüber zu sagen, daß es sich bei allen diesen Krankheiten um fortschreitende Hirnprozesse handelt, während das Korssakowsche Syndrom einen Residualzustand darstellt, der von vornherein seine äußerste Höhe erreicht und sich von da an in der Regel allmählich bessert. Im einzelnen pflegen die Presbyophrenen, abgesehen von der ungleichen Ausdehnung der Störung auch auf früher erworbene Erinnerungen, lebhafter, aufmerksamer, geschwätziger und heiterer zu sein als die Korssakow-Kranken, bei denen in der Regel ein stumpfes, gleichgültiges Verhalten und eine morose Stimmung beobachtet werden. Die Arteriosklerose ist so oft mit Alkoholismus kompliziert, daß zwischen beiden Möglichkeiten häufig nur eine sehr zuverlässige Anamnese entscheiden kann. Sicher ist, daß sich der amnestische Symptomenkomplex gelegentlich an eine Apoplexie anschließt. Gegen Paralyse endlich werden sich das Fehlen der spezifischen körperlichen Krankheitserscheinungen, die verhältnismäßig freie Verfügung der Kranken über früher erworbene Erinnerungen, das leidlich erhaltene Urteil und das korrekte äußere Benehmen (Chotzen) anführen lassen. Dazu sind, wie Mönckemöller hervorgehoben hat, die Konfabulationen des Korssakow in der Regel glaubhafter und weniger phantastisch als die der Paralytiker.

Die körperlichen Krankheitszeichen des Alkoholismus.

Im Anschluß an diese Erörterung der psychischen Symptome des Alkoholismus seien jetzt die körperlichen Krankheitszeichen besprochen, die uns natürlich häufig die Diagnose erleichtern. Wir wissen heute, daß die chronische Alkoholintoxikation das gesamte Nervensystem zu schädigen vermag und in beinahe allen schweren Fällen schädigt. Dementsprechend sind die beobachteten Krankheitserscheinungen sehr mannigfacher Natur. Fast nie vermißt wird der Tremor, der bei Trinkern in zwei charakteristischen Formen auftritt: bei akuter Störung (Delirium tremens) in groben, unregelmäßigen Schlägen (vgl. Abbildung 78), am deutlichsten sichtbar am Arm und an den gespreizten Fingern, aber auch in den Beinen, in der Gesichtsmuskulatur und in der Zunge unschwer erkennbar. Sehr auffällig ist, ähnlich wie bei Paralytikern, bei Männern das Vibrieren des Schnurrbarts beim Sprechen und das — allerdings auch

sonst bei Nervösen häufige — Zittern der oberen Augenlider beim Augenschluß. In chronischen Fällen — oder richtiger gesagt, bei chronischen Trinkern, deren akute Störungen abgelaufen sind, und die mehrere Tage abstinent waren — ist der Tremor viel feinschlägiger und regelmäßiger. (8—12 Schläge in der Sekunde.) (vgl. Abbildung 79). Beide Zitterformen sind am ausgesprochensten des Morgens, solange die Kranken nüchtern sind, und nehmen nach der Nahrungsaufnahme und besonders nach dem Genuß von Alkohol an Stärke ab. Der Tremor begleitet die willkürlichen Bewegungen und wird in leichten Fällen durch sie erst sichtbar gemacht, ist aber doch nicht streng an sie gebunden. Zuweilen steigert er sich zu allgemeinen, Gehen und Stehen behindernden Schüttelkrämpfen.

Absolut pathognomonisch ist das Symptom nicht. Sein Fehlen bei Trinkern bedeutet zwar eine große Ausnahme, aber dafür finden sich recht



Abb. 78. Grobschlägiger Tremor bei Alkoholismus[1]).



Abb. 79. Feinschlägiger Tremor (Alkohol).

ähnliche Bewegungsstörungen zuweilen auch bei anderen organischen Krankheiten (Paralyse, Arteriosklerose, Epilepsie, Meningitis). Das gleiche gilt für das sogenannte Quinquaudsche Zeichen.

Übrigens bleibt es bei Deliranten und anderen akut erkrankten Trinkern nicht ganz selten zweifelhaft, ob die unruhigen Arm- und Fingerbewegungen bei ihnen noch alle als Tremor aufgefaßt werden dürfen. Zuweilen beobachtet man unregelmäßig ausfahrende Bewegungen, die bald halb wie willkürliche aussehen und dann an choreatische Zustände erinnern, bald aber doch wieder ganz den Charakter des bloßen Zitterns annehmen. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine Verbindung des Tremors mit der motorischen Unruhe und der Ataxie.

Über epileptische Anfälle bei Trinkern ist in anderem Zusammenhang wiederholt gesprochen worden. Nachgetragen sei, daß auch ein Status hemiepilepticus vorkommt. Auch tetaniforme Krämpfe sind beobachtet worden. Schließlich finden wir bei Trinkern, und zwar gar nicht ganz selten, auch psychogene Anfälle.

---

[1]) Aus Bumke, Exogene Vergiftungen. Lewandowskys Handbuch III. S. 1015 und 1012. Abb. 194 und 195.

Halbseitige Lähmungen und Monoplegien entstehen wohl immer nur auf dem Umwege über eine schwere Erkrankung der Gehirngefäße oder über eine Pachymeningitis haemorrhagica.

Auch periphere schlaffe Paresen gehören nicht zum Bilde des einfachen chronischen Alkoholismus; wo man sie trifft, handelt es sich um vorgeschrittene Fälle von Polyneuritis. Häufig ist dagegen eine gewisse Schlaffheit und Schwäche der gesamten Körpermuskulatur, namentlich der Muskeln der unteren Extremitäten. Nicht ganz selten ist dabei zugleich die mechanische Nerven- und Muskelerregbarkeit gesteigert.

Viel charakteristischer als Lähmungen sind bei dem chronischen Alkoholismus ataktische Störungen, die bekanntlich schon zum Bilde der akuten Vergiftung gehören. Die schwersten Grade dieser Störung finden wir natürlich wieder bei der Polyneuritis.

Auch die sensiblen Störungen beschränken sich nicht auf die typischen Fälle multipler Nervenentzündungen. Die Klage über reißende Schmerzen in den Gliedern („Rheumatismus"), die häufig von der Witterung stark abhängen, ist eines der häufigsten und frühesten Symptome der chronischen Vergiftung. Gewöhnlich findet man dann objektiv eine Druckempfindlichkeit bestimmter Nervenstämme und Muskeln und nicht selten außerdem eine Herabsetzung der Berührungsempfindung, die allgemein oder auf den Bezirk der Schmerzen beschränkt sein kann. Eigens erwähnt sei die Häufigkeit von Lumbago, von Nacken- und Schläfenkopfschmerzen, von Ischias und von Wadenkrämpfen.

Über das Verhalten der Reflexe läßt sich etwas Einheitliches nicht sagen. Die Sehnenreflexe können aufgehoben, gesteigert oder normal sein; die Hautreflexe sind in der großen Mehrzahl der Fälle lebhaft, ebenso wie bei den meisten Trinkern vasomotorische Störungen und Störungen der Schweißsekretion (Hyperhidrosis) an der Tagesordnung sind.

Das größte differential-diagnostische Interesse beanspruchen die Anomalien der Pupillenreflexe, die dementsprechend wiederholt eingehend untersucht worden sind[1]). Cramer fand bei Kommersen usw., daß die Pupillen bei Betrunkenen solange normal reagierten, als es sich nicht um pathologische Rauschzustände handelte. In diesen Fällen waren die Irisbewegungen träge. Ganz ähnlich hat Gudden bei den sinnlos Betrunkenen, die von der Münchner Polizei in ärztliche Obhut gebracht wurden, in der Hälfte der Fälle träge, ja manchmal nahezu vollständig erloschene Reaktionen festgestellt. Sobald sich das Bewußtsein aufhellt, verschwindet die Pupillenstörung. Eine vollkommene absolute Starre mit Mydriasis wurde übrigens nur einmal bei einem Alkoholepileptiker beobachtet.

Über das Verhalten der Pupillen bei chronischen Alkoholikern ist, wie wir früher sahen, eine völlige Klarheit deshalb schwer zu gewinnen, weil Trinker verhältnismäßig häufig gleichzeitig luetisch sind, und weil selbst eine im übrigen ausgeheilte Syphilis bloße Lichtstarre zu hinterlassen vermag. Insofern beweist nicht einmal das Fehlen der Wassermannschen Reaktion, daß die vorhandene Lichtstarre wirklich auf Rechnung des Alkohols gesetzt werden muß. Die meisten Beobachtungen von dauernder Pupillenstarre bei

[1]) Geschrieben 1913. Die später erschienene Literatur hat nicht mehr berücksichtigt werden können.

Trinkern stammen überdies aus der Zeit vor der Einführung der Wassermann-Reaktion und der Lumbalpunktion; in den letzten Jahren sind entsprechende Veröffentlichungen so selten geworden, daß sie angesichts der großen Häufigkeit der syphilitischen Pupillenstarre kaum irgendwelche Beweiskraft beanspruchen dürfen. Anders steht es mit der vorübergehenden Störung des Lichtreflexes. Nonne sah bei einem Material, das wohl vorwiegend Deliranten umfaßt hat, im ganzen 6 % Pupillenstörungen, und zwar beobachtete er bei 1460 Trinkern 18 mal reflektorische Starre, 60 mal reflektorische Trägheit, 11 mal absolute Starre oder Trägheit und außerdem (daneben) 40 mal Entrundung und 47 mal Anisokorie. Diese Daten sind allerdings vor Einführung der Wassermannschen Reaktion gewonnen worden, und ihnen steht die Angabe von Weiler gegenüber, der bei 1000 Alkoholikern niemals typische Lichtstarre beobachtet hat. Trotzdem wird man aus Nonnes Zahlen und aus einer Arbeit von Margulies, deren Resultate wohl mit den Erfahrungen der meisten Psychiater übereinstimmen werden, folgern dürfen, daß eine vorübergehende Trägheit oder Aufhebung des Lichtreflexes bei Trinkern nicht ganz selten vorkommt. Am häufigsten beobachten wir sie natürlich beim Delirium tremens, und hier wie in anderen Fällen pflegt sich das Symptom spätestens nach 6 Wochen, gewöhnlich schon früher, infolge der Abstinenz zurückzubilden. Insofern werden diagnostische Schwierigkeiten bei Trinkern, die nicht gleichzeitig syphilitisch sind, nur sehr ausnahmsweise entstehen können. Nicht ganz selten ist dagegen bei Alkoholikern die isolierte Ophthalmoplegia externa, die mehr oder minder vollständige Parese der äußeren Augenmuskeln bei Freibleiben der inneren. Die isolierte Ophthalmoplegia interna dagegen scheint nicht vorzukommen (Uhthoff). Nystagmus und nystagmusartige Zuckungen des Auges in Endstellungen sah Uhthoff nur in 2 % seiner Fälle. Sie sind wohl als der Ausdruck leichtester Paresen aufzufassen.

Die schwersten Formen von Ophthalmoplegia externa beobachtet man bei den von Wernicke als Polioencephalitis haemorrhagica superior abgegrenzten Krankheitsfällen. Sie werden stets durch übermäßigen Schnapsgenuß ausgelöst, und dementsprechend gehen dem Ausbruch der Krankheit andere schwere alkoholistische Symptome fast immer schon wochenlang voraus. Als solche seien genannt: Polyneuritis, Gedächtnisstörungen, Schwindel, Kopfweh und Erbrechen. Dann setzt gewöhnlich akut eine Psychose ein, die hinsichtlich der körperlichen und psychischen Symptome eine besonders schwere Form von Delirium tremens darstellt. Nach Stunden oder Tagen entwickelt sich schließlich unter starker Zunahme der Benommenheit und unter stürmischer Entwicklung großer Schwäche Doppeltsehen, totale oder unvollständige Ophthalmoplegie oder auch nur beiderseitige Abduzenslähmung. In der Regel endet die Krankheit, und zwar häufig nach dem Auftreten gehäufter epileptischer Anfälle, mit dem Tode. Bleibt der Kranke am Leben, so bildet sich fast immer ein amnestisches Syndrom aus.

Auf die Erkrankungen des Optikus und auf die Polyneuritis kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Über die besonderen körperlichen Symptome des Delirium tremens ist dem schon Gesagten nur wenig hinzuzufügen. Alle Erscheinungen, die den gewöhnlichen Habitus des Trinkers ausmachen, wie Konjunktivitis, Pharyngitis, gerötetes Gesicht, katarrhalische Erscheinungen von seiten der Lungen,

sind gesteigert. Dazu treten eine starke Neigung zu Schweißausbrüchen, der lebhafte, grobschlägige Tremor, die Ataxie und neuritische Erscheinungen. Auf sensiblem Gebiete bestehen vornehmlich Lagegefühlsstörungen; die Sehnenreflexe sind erhöht, die Augenmuskellähmungen sind häufiger als bei chronischen Alkoholikern sonst. Die Sprache ist artikulatorisch gestört, von ungleicher Dynamik und zeigt außerdem paraphasische Entgleisungen, die übrigens in der Regel über das Versprechen zerstreuter Menschen nur quantitativ hinausgehen. Auch in der Schrift finden wir Auslassungen und Verdoppelungen und außerdem Folgen des Tremors und der Ataxie.

Zu diesen neurologischen Symptomen treten nun beinahe regelmäßig andere körperliche Veränderungen. Die Temperatur sah Wassermeyer nur selten normal, andere Autoren fanden sie in 80—90 % der Fälle, wenn auch nur um wenige Zehntel Grade, erhöht. Die Fälle von Delirium tremens febrile (Magnan) weichen vom gewöhnlichen Delir wohl nur durch die größere Intensität der Erscheinungen ab. (Alzheimer u. a.). Sie sind aber deshalb wichtig, weil die hier beobachtete starke Temperatursteigerung nur auf zerebrale Ursachen zurückgeführt werden kann. Der Puls ist beim Delir immer beschleunigt und gespannt, das Herz ist erweitert, der Blutdruck erhöht. Im Blut fand Elsholz eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen, und zwar waren namentlich die polynukleären Formen vermehrt, während die eosinophilen abgenommen hatten. Im Urin findet man in 66 (Wassermeyer) bis 76 (Liepmann) Prozent der Fälle Eiweiß, gelegentlich außerdem Zucker.

Morphinismus.

Von anderen toxischen Erkrankungen steht dem Alkoholismus psychologisch am nächsten der Morphinismus, bei dem es sich ebenfalls um eine echte Sucht handelt. Wir haben über die psychische Degeneration, die bei schweren Morphinisten regelmäßig eintritt, früher (S. 350) gesprochen und wollen dieser Darstellung jetzt nur noch einige für die Diagnose wichtige Bemerkungen anfügen.

Wie bei der Trunksucht darf man auch hier als beinahe selbstverständlich voraussetzen, daß eine gewisse psychische Veranlagung, eine abnorm geringe Widerstandsfähigkeit den Boden für die Entstehung der Sucht vorbereitet. Bekanntlich treffen wir Morphinisten vornehmlich unter Ärzten, Arztfrauen, Apothekern, Krankenschwestern, Heilgehilfen usw. Die einfache Überlegung, daß sowohl die beruflichen Schwierigkeiten wie die Gelegenheit zur Verführung für die meisten Angehörigen dieser Stände gegeben ist, legt den Gedanken nahe, daß es nicht der exogene Faktor allein sein kann, der die krankhafte Entwicklung bestimmt. Dazu kommt, daß nicht sowohl schmerzhafte Krankheiten (Neuralgien, lanzinierende Schmerzen bei Tabes, Rheumatismus, Zahnschmerzen u. a.) als allgemein nervöse Störungen wie Schlaflosigkeit, gemütliche Erregung und traurige Verstimmungen am häufigsten den Ausgangspunkt der Sucht darstellen. Auch wenn jemand aus bloßer Neugierde, wie es tatsächlich vorkommt, zur Spritze greift, werden wir ihn selten als psychisch ganz normal ansehen können. Dementsprechend lassen sich in der Tat bei den meisten Morphinisten hysterische oder sonstige nervöse Charakterzüge anamnestisch schon vor der ersten Spritze wahrscheinlich machen. Zu diesen Zügen gehört immer auch eine erhebliche Willensschwäche, die der ganzen weiteren psychi-

schen Entwicklung ihren Stempel aufdrückt. Damit aus einer solchen Disposition der Morphinismus entsteht, ist freilich außer dem unmittelbaren äußeren Anlaß zur ersten Spritze noch etwas Weiteres erforderlich. Keineswegs alle Psychopathen geraten nach der ersten Injektion in einen Zustand subjektiven Wohlbehagens, und nur diejenigen, bei denen eine solche Euphorie eintritt, sind eigentlich gefährdet. Bei ihnen führt gewöhnlich schon die erste Spritze dazu, daß sie das Morphium von nun an, unabhängig von dem ursprünglichen Anlaß, nur um seiner selbst willen, aus bloßem Morphiumhunger begehren. Von diesem Augenblick an sind sie Morphinisten.

Die Wirkungen einer einmaligen Morphiumgabe bestehen in einer Erleichterung und Anregung der Verstandesleistungen und in einer Erschwerung der psycho-motorischen Vorgänge. Auf dieser Kombination beruhen die behagliche Stimmungslage, das Gefühl der Beruhigung, der Belebung und eventuell der Stärkung, und nach außen der Eindruck der Lebhaftigkeit und Liebenswürdigkeit. Nach einiger Zeit pflegt aber auf diese Euphorie ein Katzenjammer mit eingenommenem Kopf, Schweißausbrüchen, Müdigkeit, zu folgen, der am leichtesten durch Morphium beseitigt wird und insofern die wichtigste Ursache für die Wiederholung der Injektion abgibt. Daß die Dosis dabei immer wieder gesteigert werden muß, und daß schwere Morphinisten bis zu 10 g pro Tag verbrauchen, ist bekannt.

Schwere Formen von Morphinismus lassen sich kaum verkennen. Schon das Äußere wird häufig zum Verräter. Die starke Abmagerung, die fahle, trockene, schmutzig-gelb-grau verfärbte Haut und die Neigung zu Hautausschlägen, Pustelbildungen, Furunkeln und Abszessen, die früh ergrauten Haare, die splitternden Nägel, die kariös gewordenen, lockeren Zähne und die meist maximal verengten Pupillen lenken die Aufmerksamkeit auch dann auf sich, wenn direkte Spuren von Einspritzungen im Augenblick nicht nachweisbar sind. Dazu kommen die sehr charakteristischen subjektiven Klagen. Die Kranken leiden besonders unter der vermehrten Schweiß- und Darmsekretion, die im Verein mit der gewöhnlich verminderten Tätigkeit der Speicheldrüsen zu einem lästigen Gefühl des Durstes und der Trockenheit im Munde Veranlassung gibt. Der Geschmack ist abgestumpft, der Appetit namentlich für Fleischspeisen hochgradig gestört, und selbst wenn gelegentlich Heißhunger eintritt, wird er schon nach wenigen Bissen durch einen Widerwillen gegen die Speisen abgelöst. Die meisten Patienten pflegen zudem noch sehr stark zu rauchen und dadurch ihren Appetit weiter zu schädigen. Die Verdauung ist fast immer sehr schlecht; oft erfolgt tagelang spontan kein Stuhlgang, und nur von Zeit zu Zeit wird diese Obstipation durch heftige Durchfälle unterbrochen. Dazu klagen die Kranken über Herzklopfen, Oppressionsgefühl, Angst, Ohrensausen, Ohnmachten, Schwindel und nahezu regelmäßig über ein großes Wärmebedürfnis und ein charakteristisches Frösteln. Die Atmung ist erschwert und ziemlich häufig treten asthmaähnliche Anfälle auf. Die Urinmenge ist vermindert, und die Entleerung der Blase erfolgt krampfhaft und unter Schmerzen. Sehr bekannt sind endlich die Impotenz bei Männern und die Amenorrhoe bei Frauen.

Bei der näheren Untersuchung erweisen sich der Blutdruck gewöhnlich als abnorm niedrig, der Puls als beschleunigt, oft unregelmäßig und ungleich, das Gesicht ist, namentlich in der Gegend der Augen, ödematös.

Einer etwas näheren Besprechung bedürfen noch die Pupillen. Solange

nicht Abstinenzerscheinungen bestehen, sind sie regelmäßig maximal eng und reagieren dementsprechend auf Licht und bei der Konvergenz weniger ausgiebig. Aber nur bei Greisen, oder wenn die Pupillenreaktion aus anderen Ursachen geschädigt war, bleibt der Lichtreflex ganz aus. (Zu Lähmungen der äußeren Augenmuskeln kommt es niemals. Ebenso sind Augenhintergrundveränderungen und Optikuserkrankungen lediglich infolge des Morphinismus bisher nicht sicher beobachtet worden.) In der Abstinenz werden die Pupillen weit und reagieren häufig abnorm lebhaft. Außerdem besteht oft Akkommodationsparese.

In der quergestreiften Muskulatur wird gewöhnlich eine ausgesprochene Hypotonie beobachtet, die nur gelegentlich von krampfartigen Zusammenziehungen eines Muskels oder einer Muskelgruppe unterbrochen wird. Die Bewegungen sind gewöhnlich unsicher und zittrig, und zwar in einer Form, die zwischen dem Tremor der Greise und dem der Alkoholiker steht. Die Sprache ist in sehr schweren Fällen zuweilen etwas erschwert. — Die Entwicklung einer Polyneuritis (Haymann) auf rein morphinistischer Basis muß als seltene Ausnahme betrachtet werden. Die Sensibilität ist im allgemeinen abgestumpft. Auffallender sind subjektive Störungen wie Hyperästhesien und Parästhesien, die die Herz-, Blasen- und Mastdarmgegend bevorzugen und in Form von neuralgischen Anfällen exazerbieren können. Die Reflexe sind gewöhnlich herabgesetzt, mit Ausnahme der meist lebhaften Kniesehnenphänomene.

Eine strenge Trennung zwischen den eben geschilderten Symptomen der chronischen Morphiumvergiftung und den Abstinenzerscheinungen ist deshalb nicht möglich, weil ein Teil der beschriebenen subjektiven und objektiven Störungen nur in einem gewissen zeitlichen Abstand von der letzten Spritze auftritt, dadurch die nächste Injektion erzwingt und mit ihr vollkommen verschwindet. Streng genommen handelt es sich also auch dabei schon um Abstinenzsymptome. Immerhin ist das Bild eines Kranken, der aus äußerer Ursache, z. B infolge der Aufnahme ins Krankenhaus, kein Morphium mehr bekommt, von dem eben geschilderten wesentlich verschieden. Da derartige Kranke ihre Anamnese nicht selten absichtlich verschweigen, so besitzt die Kenntnis der Abstinenzerscheinungen ein erhebliches diagnostisches Interesse. In leichteren Fällen machen sich die Patienten zuweilen durch ihr unliebenswürdiges Wesen, ihre Reizbarkeit, die Neigung zum Aufhetzen und zu Durchstechereien verdächtig. Schwerere Abstinenzerscheinungen beginnen gewöhnlich schon 5—6 Stunden nach dem Ausbleiben der nächsten erwarteten Dosis. Die Kranken fangen an, körperlich und geistig zu verfallen, sehen plötzlich älter, müde, schlaff und hinfällig aus, beginnen zu gähnen, zu niesen und klagen über Tränenträufeln, Blutandrang nach dem Kopf, Speichelfluß und Schweißausbrüche. Dann folgen unruhige Bewegungen, Zuckungen im Gesicht, kurz zahlreiche Äußerungen einer starken inneren Spannung, einer peinigenden Unruhe und eines Unbehagens, das ebensowohl körperlicher wie psychischer Natur ist. Subjektiv sind am quälendsten die Kopfschmerzen, Mißempfindungen am Körper, Beklemmungen, Herzklopfen, Magenbeschwerden (Hyperazidität), die Angst und vor allem die Schlaflosigkeit, die für lange Zeit jeder Behandlung durch andere Mittel trotzt. Daneben bestehen Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen, Stuhldrang, profuse Durchfälle, Blasenkrämpfe. Der Puls ist beschleunigt, nicht selten unregelmäßig, in schweren Stadien kommt es zu ausgesprochener Herz-

schwäche, der Tremor nimmt zu, dazu treten Muskelzuckungen, Zwerchfellkrämpfe, asthmatische und Hustenanfälle. Der Urin enthält zuweilen Eiweiß. Über das Verhalten der Pupillen ist oben gesprochen worden.

Sehr charakteristisch sind ferner die Kollapse, d. h. plötzliche Anfälle von Herzschwäche, in denen der Puls unregelmäßig und langsam (bis zu 30 Schlägen in der Minute) und das gesamte Verhalten des Kranken so bedrohlich wird, daß man mit der Möglichkeit eines letalen Ausgangs rechnen muß. In diesem Zustand sieht man zuweilen Morphinisten, die, aus chirurgischer Ursache z. B., unerkannt in ein Krankenhaus gekommen sind und dort kein Morphium erhalten haben. Am häufigsten werden die Kollapse in den ersten 8 Tagen der Entziehung beobachtet; sie können jedoch auch später noch eintreten. Zum Bild des Kollapses gehört häufig eine mehr oder minder tiefe Ohnmacht. Zu beachten ist aber, daß ähnliche Schwächezustände — ebenso wie übrigens auch hysterische Krampfanfälle und Delirien — auch psychogen entstehen können.

Ausnahmsweise kommt es bei Morphinisten zu deliranten Zuständen, deren körperliche und psychische Symptome dem Bild des Delirium tremens vollkommen gleichen können (Kraepelin). Jedoch hat sich in derartigen Fällen fast immer nachweisen lassen, daß die Kranken gleichzeitig auch Alkoholmißbrauch getrieben hatten.

Für die Diagnose wie für die Behandlung der Abstinenzerscheinungen gleich wichtig ist die Tatsache, daß diese insgesamt durch Morphium momentan beseitigt werden können.

Kokainismus.

Praktisch sehr viel geringer als die der Morphiumsucht ist die Bedeutung des Kokainismus. Auch dieses Gift führt zu einem rapiden Sinken der Willenskraft, zur Gedächtnisabnahme und schließlich zu einem Zustand schweren geistigen und körperlichen Siechtums. Das Herz arbeitet langsam und unregelmäßig, die Verdauung wird schwierig, der Appetit versagt, die Urinmengen nehmen täglich ab, und es tritt starke Abmagerung ein. Subjektiv werden auch diese Kranken häufig durch schwere Schlaflosigkeit belästigt, die allen anderen Mitteln trotzt.

Über die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen haben wir früher ausführlich gesprochen und gesehen, daß am häufigsten ein Halluzinose-ähnliches Bild vorkommt.

Für die Diagnose des Kokainismus ist wertvoll, daß die Einspritzungsstellen gewöhnlich braun verfärbt sind.

Die Entziehungserscheinungen bestehen in lebhafter Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzstörungen mit Dyspnoe, Neigung zu Ohnmachten und Kollapsen.

Kohlenoxydvergiftung.

Hinsichtlich der Bewußtseinstrübung infolge einer Kohlenoxydvergiftung sei auf den Abschnitt Bewußtseinsstörungen verwiesen. Die körperlichen Symptome der akuten Vergiftung sind die folgenden: der Puls wird frequent und langsam, der Blutdruck steigt, das Gesicht ist gerötet, die Kranken klagen über Hämmern in den Schläfen, Kopfweh, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen und eingenommenen Kopf. Dann kommt es zum Erbrechen und bei schweren Vergiftungen zur Bewußtseinstrübung, die bis zur tiefen Ohnmacht

gehen kann. Sehr charakteristisch ist die rauschartige Erregung nach dem Erwachen, in der die Kranken zuweilen, und zwar offenbar unter der Einwirkung von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, zu schweren Gewalttaten neigen.

Führt die Vergiftung nicht über das Koma zum Tode, so bestehen noch tagelang subjektive Beschwerden. Der Kopf ist eingenommen, die Stimmung gedrückt oder ängstlich, die Patienten klagen über große Schlafsucht, schwere Benommenheit, über wechselnde Hitze- und Kälteempfindungen und besonders über Schwindel. Objektiv lassen sich eine große Schlaffheit der Muskeln und zuweilen ausgesprochene Lähmungen nachweisen; auch sensible Störungen kommen vor. Im Urin findet sich in diesem Stadium zuweilen Zucker und häufig Eiweiß.

In schweren Fällen hinterläßt eine einmalige schwere Kohlenoxydvergiftung langdauernde oder gar unheilbare Defektzustände, die am häufigsten die Gestalt eines amnestischen Symptomenkomplexes annehmen. In anderen Fällen nähert sich das Bild dem einer rapid verlaufenden Hirnarteriosklerose, entsprechend der Tatsache, daß die Gefäße in der Tat schwere Veränderungen erleiden. Zuweilen tritt übrigens schon während des akuten Stadiums infolge der Blutdrucksteigerung eine Gefäßruptur innerhalb des Nervensystems ein, die dann eine Hemiplegie, Monoplegie etc. hinterläßt.

Bei der Differentialdiagnose der Defektzustände können unter Umständen Sehstörungen eine Rolle spielen. Verhältnismäßig häufig sind Hemianopsien, seltener Augenmuskellähmungen infolge von Blutaustritten im Kerngebiet. Die Pupillen sind gewöhnlich weit und reagieren schlecht. Dagegen ist eine Sehnervenaffektion bisher nicht sicher festgestellt worden. Wiederholt wurde eine Hyperämie des Augenhintergrundes beobachtet.

Schwefelkohlenstoff.

Die Schwefelkohlenstoffvergiftung führt bei starker Dosis durch Atemlähmung schnell zum Tode und besitzt insofern kein psychiatrisches Interesse. Leichte Formen der akuten Intoxikation ziehen dagegen psychische Störungen nach sich, die ziemlich typisch und deshalb auch von einer gewissen prinzipiellen Bedeutung sind. Neben Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Brechneigung, großer, allgemeiner Müdigkeit und einer leichten Benommenheit besteht gewöhnlich eine heitere Verstimmung, mit der eine Steigerung der Libido und der sexuellen Leistungsfähigkeit verbunden zu sein pflegt. Ausnahmsweise kommt es aber auch zu einer gemütlichen Depression mit der Neigung zu Tränenausbrüchen. Aus der Summation mehrerer solcher Vergiftungen entsteht gewöhnlich rasch ein halluzinoseähnlicher Zustand mit vereinzelten Vergiftungsideen und Sinnestäuschungen. Auch dieses Stadium dauert nur wenige Tage, dann bildet sich aus ihm entweder ein manisches Symptomenbild mit motorischer Erregung und Ideenflucht, ein Depressionszustand mit deliranten Symptomen, eine halluzinatorische Verwirrtheit oder aber ein Stupor mit katatonen Zügen und Sinnestäuschungen heraus. (Laudenheimer.) Auf körperlichem Gebiet werden diese psychischen Veränderungen von Tremor, Pupillendifferenz, Mydriasis und träger Lichtreaktion begleitet. Außerdem treten zuweilen spastische Lähmungen, Ataxie, Anästhesien, Mißempfindungen, Amblyopie mit zentralem Skotom auf, wodurch das Bild dem der Paralyse

oder, wenn die Erscheinungen sehr flüchtig sind, auch dem der multiplen Sklerose recht ähnlich werden kann. Eine ausgesprochene Neuritis ist nur ausnahmsweise beobachtet worden. Dagegen kommt es zuweilen zu Atrophien der Interossei, zu atrophischen Lähmungen des Unterschenkels oder eines ganzen Beines und zur Paraplegie beider Beine mit Erlöschen der Patellarreflexe (Pseudotabes); auch typisch epileptische Krampfanfälle sind beobachtet worden. In der Mehrzahl der Fälle heilt die Psychose, in etwa einem Drittel der Fälle geht sie in Verblödung über.

Die Differentialdiagnose wird sich, wie sich aus dieser Schilderung von selbst ergibt, niemals auf die psychischen Symptome allein, sondern vielmehr auf die Anamnese und die körperlichen Begleiterscheinungen stützen müssen. Es sei deshalb erwähnt, daß die Geistesstörung fast immer schon in den ersten 4 Wochen nach Beginn der Tätigkeit als Kautschukarbeiter auftritt. Ein Ausbruch des Leidens jenseits des ersten Vierteljahres ist so selten, daß Laudenheimer für Psychosen, die dann noch auftreten, das Gift nicht mehr verantwortlich machen will.

Blei.

Die akuten Bleipsychosen werden häufig durch epileptische Anfälle eingeleitet und ihre psychischen Symptome, nach denen Quensel eine Bleimanie, ein halluzinatorisches Bleidelirium und Delirium tremens-artige Zustände unterscheiden will, lassen sich von gewissen epileptischen Erregungszuständen symptomatologisch, ohne Berücksichtigung der Anamnese und des körperlichen Befindens, fast niemals abgrenzen. Charakteristisch scheint nur die besondere Neigung zu schwerer Bewußtseinstrübung und zu starker motorischer Erregung zu sein. (F. Kehrer.)

In manchen anderen Fällen kann auch die Ähnlichkeit mit dem Alkoholdelir sehr weit gehen, jedoch ist fast immer eine chronische Alkoholvergiftung gleichzeitig mit im Spiele. Ist das einmal ausnahmsweise nicht der Fall, so kann für die Differentialdiagnose berücksichtigt werden, daß der Urin — sofern keine Bleinephritis besteht — gewöhnlich kein Eiweiß enthält.

Im übrigen sind diese akuten Psychosen zumeist nur relativ seltene Episoden im Verlauf einer monatelang bestehenden Bleivergiftung und leiten gewöhnlich chronische und zur Verblödung oder zum Tode führende Seelenstörungen ein. („Bleiparalyse".) Bei diesen stehen neben Herdsymptomen (Jacksonsche Krämpfe, apoplektiform einsetzende Lähmungen im Hypoglossus, Fazialis, Hemiparesen, Diplegien, Tremor, Aphasie, Anarthrie, Schluckbeschwerden, zerebellarer Gang, Anästhesien; Amaurose mit und ohne Hintergrundsveränderungen, Hyperämie der Pupille, Stauungspapille mit Prominenz, neuritische Atrophie, zentrales Skotom; meist doppelseitige Abduzenslähmung, seltener Okulomotoriusparese) eine fortschreitende Urteilsschwäche und amnestische Symptome im Vordergrunde der Erscheinungen. Dazu treten aber auch hier manisch gefärbte Erregungen auf, bis Koma und Tod eintreten. Erwähnt sei eine neuerdings von F. Kehrer beobachtete eigentümliche Anomalie der plethysmographischen Kurve, die trotz starker Reize die normale Volumsenkung vermissen ließ. Der Befund ist besonders deshalb bemerkenswert, weil er in der Genesung verschwand und somit nicht nur eine diagnostische, sondern auch eine gewisse prognostische Bedeutung beanspruchen kann.

Von den für die Diagnose wichtigen, sonstigen körperlichen Symptomen der Vergiftung seien der schon früh vorhandene Bleisaum und die charakteristische Veränderung des Blutes und des Pulses (Drahtpuls), die namentlich die Koliken begleitet, erwähnt. Eine nähere Berücksichtigung verdient der Tremor, der entweder feinschlägig wie bei manchen Senilen oder grobschlägig wie der der Paralyse ist, sich aber unregelmäßiger verteilt und bei Bewegungen (ebenso wie bei gemütlicher Erregung) zu- anstatt abnimmt.

Quecksilber.

Auch bei schwerer Quecksilbervergiftung, zu der Trinker mehr als andere Arbeiter, jüngere Personen in höherem Grade als ältere und schwangere Frauen stärker als andere neigen, kommen nächtliche Erregungszustände mit Angst und Gesichtshalluzinationen und selbst ausgesprochenen Delirien vor. Im übrigen überwiegen hier die neurologischen Veränderungen, die in neurologischen Handbüchern nachgelesen werden müssen.

Brom.

Auf die verhältnismäßig seltenen Fälle einer schweren Bromvergiftung ist bei Erörterung der verschiedenen Demenzformen hingewiesen worden. (S. 351)

Pellagra, Ergotismus.

Anhangsweise sei auch der psychischen Störungen bei der Pellagra und beim Ergotismus gedacht. Bei der Pellagra entwickelt sich häufig neben den körperlichen Symptomen eine psychische Schwäche, die gewöhnlich durch depressive Verstimmungen mit Versündigungs-, hypochondrischen oder (seltener) Verfolgungsideen eingeleitet wird. Zugleich werden die Patienten apathisch, in ihrem Denken und in ihren Bewegungen gehemmt; die Auffassung ist gestört, und zwar zumeist ohne daß es zu wirklicher Merkschwäche kommt. In anderen Fällen ist das Bewußtsein leicht getrübt, auch deliriöse Zustände mit Sinnestäuschungen kommen vor. Seltener sind kataton gefärbte Erregungen oder kataleptische bezw. negativistische Zustände. In den Endstadien kann es zu tiefer Verblödung eventuell mit paralytisch gefärbter Euphorie kommen. Die Differentialdiagnose ist nur auf Grund des körperlichen Befundes möglich. Es sei aber bemerkt, daß auch bei der Pellagra — neben tetanischen Zuständen — epileptische Anfälle zumeist vom Jacksonschen Typus vorkommen.

Epileptische Anfälle werden bekanntlich regelmäßig auch beim Ergotismus beobachtet. Sie stehen hier aber zumeist dem typischen epileptischen Insult näher, hinterlassen jedoch nicht selten Herderscheinungen wie Sprachstörung und Bewegungsataxie und können dann natürlich wieder an Paralyse denken lassen. Dieser Eindruck wird verstärkt, wenn, wie sehr häufig, das Gedächtnis abnimmt, der Vorstellungsablauf langsamer wird und gleichzeitig depressive Stimmungen mit Angst, schwerem Krankheitsgefühl und Versündigungsideen auftreten. Bei weiterer Entwicklung kommt es auch beim Ergotismus zu ausgesprochener Demenz mit blander Euphorie und Größenideen. — Gewisse episodische psychische Störungen können übrigens auch hier an die Äquivalente der genuinen Epilepsie erinnern.

Gehirnerkrankungen.

Ganz ähnliche Reaktionen, wie bei den Intoxikationen und Infektionen beobachten wir schließlich bei den groben Verletzungen und Erkrankungen des Gehirns. Selbstverständlich kommen hier Herdsymptome vor, die bei toxischen Schädigungen des Zerebrums fehlen oder doch seltener sind. Aber wenn wir von diesen speziellen Zutaten, die auch bei den Hirnerkrankungen selbst keineswegs immer vorhanden sind, absehen, so werden wir prinzipiell neuen Erscheinungen nicht begegnen.

Von der Hirnerschütterung, der Commotio cerebri, hörten wir früher, daß ihr in schweren Fällen eine mehr oder minder langdauernde Bewußtlosigkeit folgt. Beim Erwachen sind die Kranken schwer besinnlich, schwerfällig, vergeßlich, ihre Auffassung ist gestört und damit auch die Orientierung behindert. Die Stimmung ist gewöhnlich weinerlich und ängstlich, seltener gehoben oder heiter. Eigentliche Delirien sind nicht häufig. Einigermaßen charakteristisch ist auch in ihnen die verdrossene Grundstimmung, dazu finden sich Ablenkbarkeit, Ermüdbarkeit und Haften. Auch katatone Erscheinungen, namentlich Stereotypien und Stuporen, kommen vor. Ausnahmsweise hinterlassen die deliriösen Erscheinungen einen Residualwahn. — Liegt eine Komplikation mit Alkoholismus vor, so nähern sich diese Erscheinungen gelegentlich denen des Delirium tremens so sehr, daß der Commotio selbst nur noch eine auslösende Bedeutung zugesprochen werden kann. Ebenso wird die Neigung zu deliriösen Episoden durch Arteriosklerose oder durch senile Veränderungen erhöht. Vor der Verwechslung mit rein toxischen Erkrankungen schützt gewöhnlich das Fehlen neuritischer, vor der mit anderen organischen Hirnkrankheiten die Abwesenheit von Herderscheinungen.

Diagnostisch sehr wichtig ist sodann die Tatsache, daß sich an Kopfverletzungen verhältnismäßig häufig auch psychogene Seelenstörungen anschließen. Namentlich die Pseudo-Demenz wird oft beobachtet, aber auch Dämmerzustände, hysterische Delirien und gewisse psychogen-paranoide Wahnbildungen sind nicht ganz selten. Dabei spielen Erinnerungen an Träume und Konfabulationen eine wichtige Rolle. Zu einem eigentlichen System kommt es natürlich nicht; der Zusammenhang der Beeinträchtigungsideen bleibt locker, und gewöhnlich entspricht ihnen kein adäquater Affekt. Dementsprechend ist das äußere Gebaren übertrieben, albern und töricht; die Kranken bleiben beeinflußbar und ablenkbar und sind höchstens mürrisch und reizbar, nicht aber mißtrauisch, zurückhaltend und aggressiv. (Stertz.)

Verhältnismäßig häufig entwickelt sich aus einer schweren Commotio heraus ein amnestischer Symptomenkomplex. Über die übrigen Defektzustände haben wir uns früher (vergl. S. 342) ausführlich geäußert.

Bei Hirngeschwülsten stehen im Vordergrunde der psychischen Erscheinungen die Veränderungen des Bewußtseins, die alle Grade erreichen können und gewöhnlich der benommenen Form der Bewußtseinsstörung am nächsten stehen. Die Aufmerksamkeit der Kranken ist schwer oder gar nicht zu erwecken, die intellektuellen Leistungen sind verlangsamt und erschwert, die Merkfähigkeit ist schwer gestört; dazu besteht auf gemütlichem Gebiet zumeist ausgesprochene Apathie. So machen auch diese Kranken einen schwer besinnlichen Eindruck; zugleich fällt eine immer stärkere Ermüdbarkeit und in Verbindung da-

mit wiederum Haften auf. Zuweilen lagern sich diesem Bilde deliriöse Zustände auf, in denen sogar ein Beschäftigungsdelir vorkommt. Dabei ist die Stimmung zumeist ängstlich, niedergeschlagen oder gereizt. Im ganzen gleichen auch diese Delirien am meisten den epileptischen. Es werden aber auch amentiaähnliche und rein kataton gefärbte Bilder mit Stereotypien, Bizarrerien, Negativismus, Mutazismus, Verbigeration und Katalepsie beobachtet. — Gelegentlich beschriebene Zustände von mehr „paranoidem" Gepräge scheinen mir der Halluzinose am nächsten gestanden zu haben. Die Halluzinationen müssen übrigens bei den Hirntumoren zuweilen auch als Herdsymptome aufgefaßt werden, so z. B., wenn sie im hemianopischen Gesichtsfeld auftreten. In anderen Fällen scheint die Stauungspapille das Auftreten von Visionen zu begünstigen.

Auch hier kommt es endlich oft zur Ausbildung eines amnestischen Symptomenkomplexes, der zumeist durch einen Verlust auch früher erworbener Erinnerungen und durch eine weitgehende Urteilsschwäche kompliziert wird.

In beginnenden Fällen kann die fast immer früh nachweisbare Veränderung des Affektlebens zunächst ein neurasthenisch-hypochondrisches Zustandsbild vortäuschen. Auch psychogene Symptome sind gerade bei Hirntumoren sehr häufig, und manche Fehldiagnosen kommen so zustande. Sodann hat eine Zeitlang für alle Stirnhirntumoren als typisch gegolten die sogenannte Moria, die Witzelsucht, die bekanntlich in einer läppischen, kindisch gefärbten Euphorie, zumeist mit motorischer Unruhe verbunden, besteht. In diesem Zustande können die Kranken in ihrer Neigung zu albernen Witzen auch absichtlich falsche Antworten geben und dann eine Pseudo-Demenz vortäuschen. Daß die Moria nicht für Stirnhirngeschwülste und überhaupt nicht bloß für Hirntumoren charakteristisch ist, sondern auch bei andern zerebralen Leiden vorkommt, wurde früher schon erwähnt.

Hinsichtlich der Hirnabszesse ist dem eben Gesagten nichts mehr hinzuzufügen.

Über die Bewußtseinstrübung der Meningitis haben wir früher gesprochen; hinzugefügt sei nur, daß sich unter den Prodromen verhältnismäßig häufig melancholisch-hypochondrische Depressionszustände finden, sowie daß auch hier katatone Symptome beobachtet werden. Über die Differentialdiagnose dem Delirium tremens gegenüber siehe dort. Im übrigen gehört die Diagnose dieser Krankheit in das Gebiet der Hirnpathologie.

Das gleiche gilt für die Enzephalitis, bei der ebenfalls Benommenheit, deliriöse Zustände und epileptiforme Erregungszustände vorkommen.

Von andern organischen Hirnkrankheiten, bei denen psychische Symptome das Bild nicht so gesetzmäßig beherrschen, daß man die ganze Krankheit danach als Psychose bezeichnet, bedarf ihrer Häufigkeit wegen noch die multiple Sklerose der besonderen Erwähnung. Untersucht man derartige Kranke psychiatrisch genau, so sind leichtere Abweichungen vom normalen seelischen Verhalten recht häufig. Dagegen gehören ausgesprochene Psychosen zu den Ausnahmen.

Die psychischen Symptome gehören im allgemeinen den späteren Stadien der multiplen Sklerose an. Es kommt dann zu einer Störung der Merkfähigkeit, zu einer Abnahme des Urteils und noch häufiger zu affektiven Störungen. Viele Kranke sind reizbar, neigen zu Zorn- und Wutausbrüchen oder auch (abgesehen natürlich vom Zwangslachen und Zwangsweinen) zu unmotivierten heiteren und

traurigen Affektäußerungen. Noch häufiger ist eine in der Situation sehr wenig begründete, gleichmäßig hoffnungsfreudige Euphorie, die oft mit Apathie und zuweilen mit einem kindisch-läppischen Verhalten verbunden ist.

Von akuten Störungen seien manische Bilder, die wohl psychologisch der Moria am nächsten stehen, sowie gewisse deliriöse Phasen erwähnt, die wieder am ehesten epileptisches Gepräge tragen. Auch halluzinoseähnliche Bilder mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen bei verhältnismäßig klarem Bewußtsein kommen vor.

Sehr bekannt sind schließlich die Beziehungen der multiplen Sklerose zu psychogenen Reaktionen. Dementsprechend beobachtet man auch hysterisch gefärbte Delirien.

Bei der lobären Sklerose entwickelt sich (gewöhnlich im dritten Jahrzehnt) eine langsam fortschreitende Verblödung neben den körperlichen Zeichen eines schweren Gehirnleidens (Epileptische Anfälle von Jacksonschem Typus mit anschließenden Halbseitenerscheinungen, Aphasie, Hemi- und Diplegien mit Babinski, Klonus und Spannungen). Die Kranken werden allmählich still, teilnahmslos, schwerfällig, gedankenarm, vergeßlich, fassen schlecht auf, können nicht mehr recht arbeiten (Kraepelin). Als vorübergehende Episoden erwähnt Kraepelin paranoide Zustände mit Sinnestäuschungen, ängstliche Verstimmungen und triebartige Erregungen; auch eine Art Moria scheint vorzukommen. Schließlich treten im Laufe von Jahren tiefe Verblödung mit apathischem Vorsichhinbrüten und im Anschluß daran der Tod ein. Ich selbst habe noch keinen Fall beobachtet.

III. Die Psychosen des Rückbildungsalters und des Seniums.

Die Geistesstörungen des Rückbildungs- und des Greisenalters sind systematisch noch so ungeklärt, daß die Diagnose im Einzelfall noch häufiger als es sonst in der Psychiatrie der Fall zu sein pflegt, durch grundsätzliche Schwierigkeiten behindert wird. Der Hauptgrund dafür ist wohl der, daß im letzten Drittel des Lebens nicht selten mehrere krankmachende Ursachen auf das Gehirn einwirken und daß sich diese exogenen Faktoren zudem oft mit den endogenen durchflechten, die nervös veranlagte Menschen in diese Lebensjahre mitbringen. Schon die Trennung der senilen und der arteriosklerotischen Demenz scheitert häufig daran, daß sich arteriosklerotische Veränderungen bei Senilen und senile bei Arteriosklerotikern selten ganz ausschließen lassen. Noch unklarer liegen die Fälle, in denen klimakterische Beschwerden und arteriosklerotische Veränderungen zusammentreffen, oder endlich die, in denen sich psychotische Erscheinungen durch die letzten Jahrzehnte des Lebens hinziehen, ohne daß sich eine scharfe Grenze zwischen dem Aufhören des Klimakteriums und dem Beginn der Gehirnarteriosklerose oder der senilen Demenz ziehen ließe.

Angesichts dieser Schwierigkeiten erscheint es im Rahmen dieses Buches zwecklos, allzuviele Einzeltypen herauszugreifen und diagnostisch voneinander abzugrenzen. In der Regel beruht die Unklarheit des einzelnen Falles eben nicht auf seinen individuellen Eigentümlichkeiten, sondern auf der eben erörterten grundsätzlichen Unmöglichkeit, dem Krankheitsbild in irgend einem System einen bestimmten Platz zuzuweisen. Eine Besserung dieser Verhältnisse kann wohl nur unter Führung der Anatomie erreicht werden. Bis dahin erscheint es uns ratsam, die wenigen feststehenden Tatsachen möglichst scharf herauszuheben, die als Ausgangspunkt weiterer klinischer Untersuchungen dienen können; jede andere Darstellung müßte notwendig verschwommen und unklar werden.

Klimakterium.

Hinsichtlich des weiblichen Klimakteriums ist eine solche sichere Tatsache die, daß kaum eine Frau die Rückbildungsjahre ganz ohne allgemeine nervöse Beschwerden durchmacht. Wallungen, fliegende Hitze, eventuell mit Hautrötung, Schweißausbrüche, Schwindel, Gefühl von Engigkeit im geschlossenen Raum, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Kopfweh, Schlafstörungen, Reizbarkeit, mißtrauische, melancholische oder hypochondrische Auffassungen, Angst, Zwangszustände sowie gewisse psychogene Reaktionen sind sehr häufige

Symptome des Klimakteriums, die übrigens gewöhnlich schon einige Jahre vor der eigentlichen Menopause beginnen und sie gelegentlich ebenso lange überdauern. Freilich muß es bei einigen von diesen Krankheitszeichen wieder zweifelhaft bleiben, wie weit sie auf Rechnung einer beginnenden Arteriosklerose oder aber einer etwa schon vorher vorhandenen nervösen Anlage zu setzen sind.

Die nervöse Anlage fehlt wohl kaum jemals. Zumeist ergibt das schon die persönliche Anamnese der Kranken, die häufig auch früher gelegentlich (z. B. während der Menstruation) nervöse Beschwerden gehabt hat; oder es läßt sich eine Häufung von psychischen Störungen in der Aszendenz feststellen; oder endlich eines der Kinder der Kranken wird vor oder nach der Mutter psychotisch. Dabei handelt es sich keineswegs immer um Störungen, die dem Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins angehören; auch Paraphrenien, Hebephrenien und Katatonien finden wir nicht selten in der Familie von Frauen, deren eigene Psychose anscheinend nur durch das Klimakterium bedingt worden war.

So wird man dem Klimakterium immer nur eine auslösende Rolle zuschreiben können. Die Involution bringt das Faß nur zum Überlaufen; sie fügt zu den individuellen endogenen Momenten noch exogene hinzu, so daß die Gesamtsumme zum Ausbruch einer manifesten Psychose ausreicht. Wie diese Rolle des Klimakteriums freilich im einzelnen zu denken ist, läßt sich bis heute nicht sagen. Fest steht, daß die seelischen Erkrankungen des weiblichen Geschlechts mit dem Beginn der Involution an Häufigkeit erheblich zunehmen. Während Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre seltener geisteskrank werden als Männer, verschiebt sich dieses Verhältnis im fünften Jahrzehnt, um sich im sechsten umzukehren. Auf der andern Seite erkranken die Männer jenseits des 50. Lebensjahres zwar seltener, aber im großen und ganzen doch unter den gleichen Formen wie Frauen[1]), so daß eine direkte Beziehung der Psychosen dieses Lebensabschnittes gerade zu den weiblichen Geschlechtsvorgängen doch auch nur mit Vorbehalt angenommen werden kann. Auch die Untersuchungen von Schickele vermögen an dieser Erwägung nicht viel zu ändern. Nach diesem Autor liefern die Ovarien normalerweise Stoffe, die unter anderem den Blutdruck herabsetzen. Wenn aber Schickele dementsprechend im normalen wie im künstlichen Klimakterium eine erhebliche Erhöhung des Blutdrucks (von 125—130 auf 160—170) festgestellt hat, die durch Ovarialtabletten beseitigt werden konnte, so bleibt doch zu prüfen, ob die gleiche Erscheinung bei Männern wirklich so sehr viel seltener ist. Schickele führt diese Erhöhung des Blutdrucks wohl mit Recht auf die Wirkung der Antagonisten zurück, die von den Nebennieren geliefert werden; angesichts der Bedeutung, die dem Adrenalin für die Entstehung auch der Arteriosklerose heute zugeschrieben wird, könnte eine ganz ähnliche Veränderung des Stoffwechselhaushaltes auch bei Männern ebenfalls in Abhängigkeit von der Rückbildung der Geschlechtsorgane vorkommen.

[1]) Gaupp gelangt in einer wertvollen Arbeit — allerdings zunächst nur für das manisch-depressive Irresein — zu dem Resultat: im höheren Lebensalter ist die einfache und die periodische Manie bei Männern erheblich häufiger, das manisch-depressive Irresein mit gleicher Entwicklung beider Phasen findet sich bei beiden Geschlechtern gleich oft, die vorwiegend oder ausschließlich depressiven Formen befallen mit Vorliebe die Frauen. Die eigentliche Involutionsmelancholie fand Gaupp bei 22 Männern und bei 26 Frauen.



Depressionszustände.

Was die Formen angeht, unter denen klimakterische Psychosen aufzutreten pflegen, so beobachtet man am häufigsten Depressionszustände, die aber oft eine gewisse paranoide Färbung annehmen. Außerdem beobachten wir katatone Zustände, die Kraepelin früher zur Aufstellung einer eigenen Spätkatatonie Anlaß gegeben haben, Zwangszustände, ferner psychogene und endlich sehr selten manische Bilder.

Natürlich läge es nahe, in diese Vielgestaltigkeit der Erscheinungen dadurch Ordnung zu bringen, daß man Krankheitsformen, die auch in anderen Lebensabschnitten beobachtet werden, von solchen zu sondern suchte, die nur dem Klimakterium selbst eigentümlich wären.

Dieser Versuch hat sich jedoch bis heute als nicht ausführbar erwiesen. Er scheitert vor allem daran, daß sich die eben erwähnten klimakterischen Formen selbst keineswegs immer scharf gegeneinander abgrenzen, sondern viel häufiger ineinander übergehen und sich mischen. Nicht bloß melancholische und paranoische Auffassungen durchflechten sich, sondern auch Depressionszustände bei im übrigen katatonischen Kranken werden beobachtet. Gerade diese Verschwommenheit der klinischen Bilder spricht meines Erachtens entschieden dafür, daß hier endogene und exogene Momente zum Teil recht heterogener Art durcheinanderwirken, und daß die Diagnose einer spezifisch „klimakterischen" Psychose nur selten den Anspruch erheben kann, das Krankheitsbild so prägnant zu umschreiben und auszuschöpfen, wie es etwa die Diagnose der progressiven Paralyse tut.

Besonders viel gesprochen worden ist über die Beziehungen der Involutionsmelancholie zu den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins. Kraepelin hatte die Sonderstellung der Involutionsmelancholie ursprünglich mit guten Gründen betont und manchen Angriffen gegenüber vertreten. Später hat jedoch sein Schüler Dreyfuß mit Kraepelins Zustimmung die überwiegende Mehrzahl der Involutionsmelancholien als Teilerscheinung (genauer gesagt als einen eigenartigen „Mischzustand") des manisch-depressiven Irreseins auffassen wollen. Wie uns scheint, nicht mit Recht. Dreyfuß ist gewiß zuzugeben, daß die Tendenz zu depressiven Auffassungen im Klimakterium wächst, und daß dementsprechend manisch-depressive Persönlichkeiten während des Klimakteriums häufiger als in anderen Lebensabschnitten und ungleich öfter an Melancholien als an Manien erkranken. Auch das ist unbestritten, daß sich manche Melancholien des Rückbildungsalters bei Frauen, die weder vorher noch nachher psychisch krank waren und werden, symptomatologisch von den Depressionszuständen anderer Lebensalter nicht unterscheiden lassen; und schließlich scheint es auch festzustehen, daß eine echte zirkuläre Anlage erstmals im Rückbildungsalter manifest werden kann. Aus allen diesen Zugeständnissen folgt jedoch keineswegs, daß alle Involutionsmelancholien dem manisch-depressiven Irresein angehören. Wenn Dreyfuß den Nachweis der Hemmung bei diesen Depressionen als Beweis für seine Anschauung anführt, so übersieht er, daß die Hemmung eine fast normale Begleiterscheinung aller gemütlichen Verstimmungen, gleichviel welcher Entstehung, darstellt. Sehr viel schwerer würde ein anderer Grund wiegen, den derselbe Autor heranzieht, daß er nämlich bei den von ihm untersuchten Patientinnen der Heidelberger Klinik eine ausge-

sprochene Periodizität habe nachweisen können. Nun hat es sich aber bei den vor der eigentlichen Psychose aufgetretenen Verstimmungen, die Dreyfuß nachgewiesen hat, fast immer um Zustände gehandelt, welche die betreffenden Patientinnen sozial nicht unbrauchbar gemacht hatten, und häufig um solche, an die sich die Kranken selbst auf mehrfaches Befragen nur gerade noch erinnern konnten. Gewiß entspricht es auch unserer oben schon betonten Erfahrung, daß Frauen, die in der Involution geisteskrank werden, gewöhnlich von jeher psychisch nicht so widerstandsfähig waren wie andere; und eine derartige Störung des seelischen Gleichgewichts äußert sich eben erfahrungsgemäß am häufigsten in gemütlichen Schwankungen. Aber es scheint uns eine Überdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins zu bedeuten, wenn jede kleine Stimmungsschwankung, die die Kranke nach mühseliger Exploration schließlich gerade noch zugibt, als Beweis einer zirkulären Veranlagung angeführt wird. Noch weniger überzeugend erscheint uns die Angabe desselben Autors, die von ihm nachuntersuchten Frauen seien zwar zum großen Teil gesund geworden, hätten aber auch später noch mehrfach Tage starker Erregung oder deutlicher Verstimmung mit Hemmung durchgemacht. Auch hier scheint es uns näher zu liegen, lieber von einer Heilung mit Defekt zu sprechen und anzunehmen, daß die schwere Psychose eine Stimmungslabilität hinterlassen hat, wie wir sie ja nach Infektions-, Intoxikations- und Kommotionspsychosen auch häufig Jahre hindurch beobachten.

Übrigens würden, selbst wenn man alle Fälle von Involutionsmelancholie, die sich von den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins symptomatologisch nicht unterscheiden, ohne jede Rücksicht auf Anamnese und Katamnese den zirkulären Formen zurechnen wollte, immer noch recht viele übrig bleiben, die eine Sonderstellung beanspruchen könnten. Nach meiner Überzeugung bilden diese Fälle sogar die erhebliche Mehrheit. Ihre besondere Färbung wird nicht nur durch hysterisch aussehende Züge wie das rücksichtslose, aufdringliche, theatralische Jammern namentlich bei Jüdinnen (die „Hysteromelancholie" der Autoren), durch das Überwiegen hypochondrischer und paranoider über melancholische Auffassungen, durch das verhältnismäßig häufige Vorkommen von Sinnestäuschungen (Gehör, Geruch, Geschmack), das Vorwiegen ängstlicher Erregungen, die sich bis zur deliriösen Verwirrtheit steigern können („Angstpsychose") und durch das Hinzutreten katatoner Symptome, sondern noch mehr durch den Verlauf bedingt. Diese Psychosen schließen sich fast immer an seelische Ursachen — den Tod des Ehemanns, die Versetzung in ein anderes Amt, den Verlust des Vermögens oder auch nur an den Wechsel der Wohnung — an, dauern länger, als es Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins zu tun pflegen, und sie heilen in der Regel nicht so restlos aus wie der einzelne manisch-depressive Anfall. Auf der anderen Seite besteht eine Besonderheit mancher Fälle auch darin, daß die Prognose selbst nach sehr langem Verlauf — Gaupp hat einen Fall durch 8 Jahre, ich einen durch 7 Jahre beobachtet — und nach dem Auftreten von unsinnigen und absurden Wahnideen noch nicht absolut ungünstig gestellt werden darf. Bleibt die Heilung aus, so hinterläßt die Psychose — und das ist der häufigste Ausgang — einen depressiven Schwächezustand mit Verzagtheit und ängstlich hypochondrischer Stimmung, die sich oft auf rein äußerliche Anlässe hin (nicht rein endogen!) verschlimmert (Gaupp). Dieser Ausgang bedeutet nicht, daß alle diese Fälle

der senilen Demenz angehören oder in sie übergehen. Merkfähigkeit, Gedächtnis und Urteil bleiben bei den meisten Kranken leidlich gut erhalten. Unbestritten ist dagegen ein gelegentlicher Ausgang in arteriosklerotische Verblödung. In diesem Falle wird man zweifeln dürfen, ob die im übrigen durchaus gleich verlaufende Depression die erste Äußerung der arteriosklerotischen Rindenveränderung oder aber ob die Arteriosklerose die Folge der stärkeren Inanspruchnahme des Gefäßsystems durch die Psychose darstellt. Am wenigsten wahrscheinlich ist natürlich ein rein zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten, von dem wir schon deshalb absehen können, weil als eine dritte Möglichkeit immer noch die bleibt, daß Involutionsmelancholie und Arteriosklerose, wenn auch unabhängig voneinander, auf gleichem Boden, infolge einer Selbstvergiftung des Körpers (mit Adrenalin), erwachsen.

Paranoide Formen.

Während eine Trennnung der vorwiegend depressiv gefärbten Involutionspsychosen von den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins, wie gesagt, hier und da unmöglich werden kann, machen uns die paranoischen Zustände des Rückbildungsalters gelegentlich den Paraphrenien gegenüber Schwierigkeiten. Möglicherweise fallen Kleists „Involutionsparanoia" und manche von Kraepelin als Paraphrenie aufgeführte Krankheitsbilder überhaupt ganz zusammen. Es sei in dieser Hinsicht auf den Abschnitt über paranoische Psychosen hingewiesen und hier nur noch einmal betont, daß die Neigung zu paranoischen Auffassungen schon bei den meisten Depressionen dieses Lebensalters zutage tritt. Ob diese Neigung freilich mit dem Klimakterium selbst zusammenhängt, ist zweifelhaft. Aus dem Vergleich der paranoischen Psychosen, die im Klimakterium, bei Präsenilen, Senilen und Arteriosklerotikern angetroffen werden, geht hervor, daß sich hier scharfe Grenzlinien schlechterdings nicht ziehen lassen, und insofern wäre es möglich, daß die Tendenz zu mißtrauischen Auffassungen mit zunehmendem Lebensalter überhaupt wüchse und von der Rückbildung der Geschlechtsorgane nicht unmittelbar abhinge. — Prognostisch ist übrigens das Überwiegen paranoider Züge auch hier stets ernst zu beurteilen.

Katatone Zustände.

Schon bei den paranoiden Psychosen des Klimakteriums beobachten wir häufig eine Stimmungslage und ein Verhalten der Kranken der Umgebung gegenüber, die sich rein psychologisch kaum noch erklären lassen und die deshalb den Verdacht auf einen der Katatonie verwandten Krankheitsprozeß nahelegen. Das Jammern wird stereotyp, die Hemmung scheint mehr in Sperrung überzugehen, und die „Affektlage der Ablehnung" sieht dem echten Negativismus zum Verwechseln ähnlich. Immerhin läßt sich, wie wir früher betont haben, häufiger als bei echten Katatonien eine Abhängigkeit von psychologischen Motiven, also z. B. eine Unterscheidung zwischen den einzelnen Personen der Umgebung nachweisen. Dieselbe Kranke, die dem einen Arzt die Hand gibt, von einer Pflegerin das Essen nimmt, wendet sich regelmäßig ab, wenn eine andere Person an ihr Bett tritt, und schlägt ebenso regelmäßig einer bestimmten Krankenschwester das Essen aus der Hand. Diese Unterschiede, ebenso wie der doch nicht ganz so ungünstige Verlauf der Fälle machen es un-

wahrscheinlich, daß es sich hier um Spätkatatonien oder etwa um einen neuen Schub einer früher überstandenen Dementia praecox handelt; aber es scheint uns doch zu beachten zu sein, daß gerade diese Patientinnen verhältnismäßig häufig aus Familien stammen, in denen Dementia praecox-Fälle vorgekommen sind, und daß ihre Kinder, und zwar zumeist schon vor der Mutter, zuweilen Katatonien durchgemacht haben. Der Schluß, daß diese selbst an Dementia praecox litte, ist darum nicht notwendig oder drückt doch den Tatbestand nur unvollständig aus, wenn wir mit der Möglichkeit rechnen, daß manche Syndrome der Dementia praecox und speziell die katatonischen Zustandsbilder allgemeine Reaktionsformen des Gehirns darstellen, mit denen es auf verschiedene Ursachen, und zwar insbesondere auf im Körper selbst gebildete Toxine, antwortet.

Die Fälle, in denen psychogene Symptome im Bilde einer Involutionspsychose vorherrschen, oder in denen sich sogar in diesem Lebensalter noch ein eigentlicher hysterischer Charakter voll ausbildet, bedürfen nach früheren Ausführungen keiner besonderen Besprechung. Es mag genügen festzustellen, daß das Klimakterium zu den Schädlichkeiten gehört, die das Auftreten derartiger endogener Reaktionen begünstigen, ebenso wie Zwangszustände, Reizbarkeit und Angst in diesem Lebensalter zweifellos an Häufigkeit zunehmen.

Senile Psychosen.

Dieser Darstellung der Involutionspsychosen sei die der senilen Geistesstörungen unter Wiederholung des Vorbehaltes angefügt, daß eine scharfe Trennung zwischen klimakterischen und senilen Erkrankungen praktisch und theoretisch unmöglich ist. Gewiß wird niemand eine paranoisch gefärbte Melancholie, die in der zweiten Hälfte des fünften Jahrzehnts erstmals auftritt, nach einiger Zeit heilt und sich nicht wiederholt, den senilen Geistesstörungen zurechnen wollen. Aber zwischen diesen Fällen und denen eines ausgesprochenen Altersblödsinns gibt es soviel Übergänge, daß sich, bis heute wenigstens, nur die extremen, reinen Typen voneinander trennen lassen. Diese Übergänge fallen zum Teil in das Gebiet der sogenannten präsenilen Psychosen, die mit den senilen wahrscheinlich auch grundsätzlich zusammengehören. Das Auftreten der senilen Demenz ist an ein bestimmtes Alter nicht streng gebunden. Man kann mit 80 Jahren psychisch noch leidlich frisch und mit 50 schon reichlich verbraucht sein. In dem Satz „jeder wird senil-dement, wenn er es erlebt" hat diese Tatsache einen nur scheinbar paradoxen Ausdruck gefunden. Auch die anatomischen Erfahrungen lehren dasselbe. Spezifisch senile Rindenveränderungen sind nicht ganz selten bei verhältnismäßig jungen Leuten gefunden worden und bei recht alten nur wenig ausgesprochen gewesen. Beinahe noch weniger läßt sich eine Grenze zwischen präsenilen und klimakterischen Störungen ziehen; und speziell von dem sogenannten präsenilen Beeinträchtigungswahn werden wir noch sehen, daß seine Trennung von gewissen paranoiden Geistesstörungen des Klimakteriums ziemlich gekünstelt erscheint.

Psychische Symptome.

Die Grundzüge der eigentlichen senilen Demenz haben wir im allgemeinen Teil bei Erörterung der einzelnen Demenzformen zu schildern versucht. Da,

wo sie von stürmischen Erscheinungen, wie Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, ausgesprochenen Stimmungsanomalien oder Delirien, nicht überlagert werden, könnte man mit beinahe noch größerem Recht als bei der Paralyse von einer einfach dementen Form der senilen Demenz sprechen. Diese Fälle, die häufiger außerhalb als innerhalb der Irrenanstalten verlaufen, sind es, die sich von den Erscheinungen des „normalen" Seniums nur dem Grade nach unterscheiden. Die Merkschwäche, das Festhalten am Alten, die Starrheit der Ansichten, die Geschwätzigkeit und Umständlichkeit, der enge Horizont, die Interresselosigkeit, die Freude an sinnlichen Genüssen, Geiz, Herrschsucht, Mißtrauen und Egoismus finden sich (ebenso wie die anatomischen Veränderungen des Seniums) bei sehr vielen hochbetagten Menschen, und erst wenn die Gedächtnis- oder die Urteilsstörung sozial bedenkliche Formen annehmen, sprechen wir herkömmlicherweise von seniler Demenz.

Am deutlichsten treten diese Beziehungen zum „normalen" Senium bei der Presbyophrenie zutage, deren Hauptsymptome, die Merkschwäche und die Konfabulationen, wie wir früher sahen, zwar von den verwandten Gedächtnisstörungen des amnestischen Symptomenkomplexes und der Paralyse in gewisser Hinsicht abweichen, in dem Verhalten des normalen Seniums aber bereits vorgebildet sind. Schon deshalb war es unwahrscheinlich, daß gerade die Presbyophrenie, wie Fischer meinte, eine eigene, auch anatomisch durch besondere Merkmale ausgezeichnete Krankheit darstellen sollte. In der Tat haben inzwischen andere Forscher die zuerst von Redlich beschriebenen Plaques auch in Fällen, die nicht dem Bilde der Wernickeschen Presbyophrenie entsprechen, und sogar in den Gehirnen nichtgeisteskranker Greise gefunden. So werden wir in der Presbyophrenie wohl nur die typischste und häufigste Form der senilen Verblödungsprozesse (Spielmeyer) oder gar nur eine Episode im Verlauf des Greisenblödsinns (Gaupp) erblicken dürfen.

Während nun die spezifische Gedächtnisstörung ebenso wie die Urteilsschwäche regelmäßige und für die Diagnose notwendige Symptome der senilen Demenz bilden, sind andere Erscheinungen mehr oder minder häufig, aber doch nicht immer vorhanden. Hier sind in erster Linie die depressiven Wahnbildungen zu nennen, die vorwiegend hypochondrische und bei stärkerer Urteilsschwäche die besondere Färbung des nihilistischen Wahns (S. 180) annehmen. Der Kranke ist gar nicht mehr da, ihm gehört nichts mehr, er und seine Kinder haben kein Brot, müssen elend verhungern. Sein Magen, sein Herz, sein Kopf sind fort usf. Der ängstliche Affekt, der diese Ideen begleitet, steigert sich namentlich des Nachts häufig zu akuten, deliranten Verwirrtheitszuständen, die übrigens auch bei nicht melancholischen Greisen beobachtet werden. Auch von diesen Zuständen, in denen die Kranken des Nachts ihr Haus absuchen und in rastloser Unruhe alle Schubfächer durchkramen, ihre Taschen ausleeren, ist früher gesprochen worden. In anderen Fällen besteht die Verwirrtheit schließlich dauernd, sodaß der ursprüngliche melancholische oder hypochondrische Charakter der Wahnbildungen nur aus gelegentlichen verworrenen Äußerungen erschlossen werden kann. Bleibt das Bewußtsein erhalten, so fällt häufig eine gewisse Inkonsequenz der Affektlage auf, die mit und ohne äußeren Anlaß wechselt und durch das rechthaberische und eigensinnige Wesen der Patienten sowie durch mißtrauische und nörgelnde Züge häufig in einer Weise gefärbt wird, die zu den gleichzeitig geäußerten Versündigungsideen gar nicht recht

paßt und den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins im großen und ganzen fremd ist. Einer meiner Kranken, der im übrigen behauptete, längst keinen Magen mehr zu haben und seiner Sünden wegen ewig verdammt zu sein, hatte für seine Familie ein ganzes Zeremoniell eingeführt, das seine kindische Herrschsucht widerspiegelte: seine Frau durfte keine Tür öffnen, ihren Stuhl nicht verlassen, nicht essen, nicht zu Bett gehen usf., ohne vorher mit erhobenen Händen zu bitten: „bitte liebes Vaterle, erlaub' mir doch . . . .". Bekannt sind auch der Geiz und der Egoismus psychotischer Greise sowie die Neigung zu Wutausbrüchen bei jedem Widerspruch. Selbst wenn man ihnen melancholische Vorstellungen ausreden will, reagieren sie gelegentlich mit lautem Schelten, weil man ihnen nicht glaube und alles besser wisse. — Mit fortschreitender Verblödung treten dann häufig die depressiven Vorstellungen zurück, bis schließlich eine ganz affektlose oder gar eine euphorische Demenz zurückbleibt.

Wie in dieser Schilderung schon angedeutet worden ist, gehen diese melancholisch-hypochondrischen Formen in die paranoiden fließend über. Schon außerhalb der Anstalt macht neben dem Eigensinn und der Rücksichtslosigkeit gerade das Mißtrauen der Senilen den Umgang mit ihnen so schwierig. Insofern sind manche Grundelemente auch der paranoiden Formen der senilen Demenz, die wir später zu schildern versuchen werden, in der Psyche der meisten altersblödsinnigen Menschen wiederzufinden; andere, aus denen die Größenideen hervorgehen, hängen mit der Urteilsschwäche, der Neigung zu Konfabulationen oder mit vorübergehenden Bewußtseinstrübungen zusammen. Im übrigen sei hinsichtlich dieser paranoiden Zustände auf den erwähnten Abschnitt verwiesen.

Eigentlich manische Episoden sind bei Senilen — außer, wenn es sich um Manisch-depressive handelt — recht selten. Da, wo sie vorkommen, erhalten sie durch die Urteilsschwäche und durch die Verarmung des Vorstellungsschatzes sowie ferner durch eine häufig gleichzeitig vorhandene Bewußtseinstrübung fast stets ein besonderes Gepräge, das die Diagnose erleichtert. Der Kranke will eine Wallfahrt im Luftschiff machen, in dem 5000 Personen Platz haben, er hat 50 Neffen und 50 Nichten, die alle miteinander Hochzeit machen sollen, der Aufenthalt in der Klinik bedeutet die schönsten Tage seines Lebens, der Kaiser und der Kardinal werden kommen, ihn abzuholen. In anderen Fällen nehmen die motorische Erregung und der Rededrang eine psychologisch schwer verständliche Form an, die mehr an katatonische Zustandsbilder erinnert. Daß sogar ein eigentliches Verbigerieren bei Senilen vorkommt, wurde früher erwähnt. Es wird aber auch ausgesprochener Negativismus — gleichviel ob er durch paranoische Vorstellungen bedingt ist oder nicht — beobachtet.

Schließlich wird auch durch das Senium die Neigung zu psychogenen Reaktionen verstärkt, so daß man nicht selten ausgesprochen hysterische Erscheinungen, einschließlich des Anfalls, bei Greisen beobachtet, bei denen ähnliche Neigungen vorher nicht festgestellt worden waren.

Körperliche Symptome.

Was die körperlichen Begleitsymptome der senilen Demenz angeht, so braucht an die allgemeinen Erscheinungen des Greisenalters an dieser Stelle

nur erinnert zu werden. Auf neurologischem Gebiete sind nicht ganz selten Anomalien der Sehnenreflexe. Die Patellarreflexe sind häufig gesteigert, können aber auch fehlen. Der Gang wird bekanntlich durch das langsame Tempo und seinen breitbeinigen Charakter bei den meisten Greisen ziemlich typisch. Ebenso unterscheiden sich die Pupillen bei psychisch kranken von denen geistig noch frischer Greise nur quantitativ. Sie sind meist sehr eng, reagieren auf Licht träge und wenig ausgiebig und verengern sich auch beim Nahesehen nur in ganz geringem Grade. Von einer „Verholzung" des Irisstromas hat deshalb Moebius gesprochen. Niemals dagegen ist der Irissaum verzogen, selten besteht Anisokorie, und niemals werden, wenn nicht besondere Komplikationen vorliegen, Mydriasis und typisches Robertsonsches Zeichen beobachtet. Ist der Lichtreflex sehr träge, so erweist sich stets auch die Konvergenzreaktion als beeinträchtigt.

Differentialdiagnose. Atypische Formen.

Die Differentialdiagnose der senilen Demenz macht selten Schwierigkeiten. In beginnenden Stadien wird man mit der Verwertung rein neurasthenischer Beschwerden wie Schlaflosigkeit u. dgl. Vorsicht üben müssen. Schwerer kann die Beurteilung lang dauernder Depressionszustände bei alt gewordenen Manisch-depressiven werden, bei denen zuweilen Hemmung und Teilnahmslosigkeit nach außen den irrtümlichen Eindruck der geistigen Schwäche erzeugen. Sind eine wirkliche Merkschwäche oder gar deutliche Urteilsstörungen festgestellt worden, so kommen außer der senilen natürlich nur noch andere organische Demenzformen wie Paralyse, Arteriosklerose oder etwa ein Hirntumor in Betracht. Die Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber bedarf heute im Zeichen der serologischen Untersuchungsmethoden kaum noch einer Besprechung. Daß das Alter allein Zweifel in dieser Hinsicht nicht ganz ausschließt, wird bei Besprechung der Gehirnerweichung erwähnt werden. Auf die Differentialdiagnose der Gehirnarteriosklerose soll am Ende dieses Abschnittes eingegangen werden. Die Diagnose des Hirntumors ist Sache der Gehirnpathologie.

Pick's senile Atrophie.

Von den atypischen Formen der senilen Demenz beanspruchen eine gewisse Sonderstellung die umschriebene senile Hirnatrophie (Pick) und die Alzheimersche Krankheit. Pick hat die von ihm beschriebenen Fälle zutreffend mit den Lissauerschen Paralysen verglichen. Es entwickeln sich bei ihnen Herderscheinungen verschiedener Art auf Grund einer umschriebenen, stärker betonten Rindenatrophie. Besonders häufig scheint der „Schläfenlappensymptomenkomplex" zu sein, bei dem es neben den gewöhnlichen senilen Zügen im wesentlichen zu einer Wernickeschen transkortikalen sensorischen Aphasie kommt. In anderen Fällen sah Pick eine eigentümliche Sehstörung, die auf dem Ausfall der für die Apperzeption notwendigen Aufmerksamkeit beruht, und die der Autor deshalb als apperzeptive Blindheit bezeichnet. Die Abgrenzung solcher Fälle von denen, in denen eine senile Atrophie mit lokalen arteriosklerotischen Gehirnveränderungen zusammentrifft, wird aber zum mindesten klinisch, intra vitam, nur schwer möglich sein.

Alzheimersche Krankheit.

Dagegen scheint es allmählich zu gelingen, die Alzheimersche Krankheit mit einer gewissen Sicherheit zu diagnostizieren. Bei ihr handelt es sich um eine schwere Verblödung, die verhältnismäßig früh (im 5. oder 6. Jahrzehnt) nach unbestimmten Prodromen (Schwindel, Kopfweh, Vergeßlichkeit, Müdigkeit, Reizbarkeit) einsetzt, rasch fortschreitet und von asymbolischen, aphasischen und apraktischen, sowie von spastischen Erscheinungen begleitet wird. Diese Herdsymptome sind nicht so „massiv" wie bei der Hirnarteriosklerose und der Lues cerebri etwa und bewegen sich gewissermaßen an der Grenze rein psychisch-assoziativer und lokalisierbarer Herdsymptome (Stertz), und sie entstehen ebenso wie die Demenz nicht schubweise, apoplektiform, sondern allmählich. Die Verblödung selbst wird durch starkes Sinken der spontanen Aufmerksamkeit, eine schnell einsetzende geistige Verarmung, durch schweren Gedächtnisdefekt bei zumeist dürftigen Konfabulationen, durch Orientierungsstörungen und Ratlosigkeit sowie durch gelegentliche katatone Züge charakterisiert. Die Ratlosigkeit tritt übrigens gewöhnlich in einem eigentümlichen, leerheiteren und doch zugleich etwas gespannten Gesichtsausdruck deutlich zutage. Auf gemütlichem Gebiet besteht eine ausgesprochene Indolenz, die mit der geistigen Verödung zusammenhängt und nur ausnahmsweise durch gewisse Affektäußerungen (Gereiztheit, Zorn, Rührung) durchbrochen wird.

Im Beginn der Störung besteht übrigens häufig deutliches Krankheitsgefühl. Ein Patient der Breslauer Klinik rang häufig die Hände und jammerte: „Schwer geisteskrank"; ein Arzt, der übrigens Größenideen hatte und fortgesetzt von glänzenden therapeutischen Entdeckungen sprach, beobachtete eine schwere Merkstörung sehr gut und meinte, die könnte wohl nicht mehr gut werden, während er andere (amnestisch-aphasische) Defekte kaum beachtete und jedenfalls sehr leicht nahm. Solche Patienten stehen dann in ihrem Verhalten zwischen Arteriosklerotikern und Paralytikern: sie sind ziemlich allgemein dement wie diese und zugleich gewissen Störungen gegenüber doch kritisch wie jene. Gegen Arteriosklerose spricht übrigens auch das Fehlen der emotionellen Inkontinenz.

Andere senile Erkrankungen.

Während die Picksche und die Alzheimersche Krankheit trotz aller klinischen Besonderheiten doch nur Varianten des gewöhnlichen senilen Rindenprozesses darstellen, nehmen andere in höherem Lebensalter auftretende Demenzformen anatomisch wie klinisch eine Sonderstellung ein. So hat Spielmeyer eine in den vorderen Abschnitten des Großhirns lokalisierte schwere Rindenatrophie mit einer besonders auffälligen, massiven Gliawucherung beobachtet, der eine etwa um das 60. Lebensjahr einsetzende, allmählich fortschreitende geistige Schwäche entsprach. Die Demenz wurde von einer Charakterveränderung und von einer Abstumpfung des ästhetischen und ethischen Empfindens begleitet. „Die Kranken werden salopp in ihrer Kleidung, interesselos gegen ihre Umgebung, gleichgültig und stumpf. Schon früher fällt eine erhebliche Beeinträchtigung der Auffassung und eine allgemeine Behinderung der geistigen Regsamkeit auf. Die Erinnerung ist auffallend gut, die Merkfähigkeitsstörung erscheint als die plausible Folge der Auffassungsstörung und des allgemeinen

Wesens. Der Sprachschatz wird auffallend dürftig, aphasische ›rische Sprachstörungen wurden . . . . . nicht beobachtet. Zeit- es so zu ausgesprochenen Stuporzuständen mit prinzipiellem d eigentümlichem Schreien. Körperliche Krankheitserschei- i der neurologischen Untersuchung nicht gefunden; Wahn- hungen fehlten. Die Kranken starben im tiefsten Blödsinn."

dieser Gruppe traten in anderen, von demselben Autor Erkrankungen des Greisenalters neurologische Sym- störung, Abschwächung der Reflexe oder spastische men hervor. Auf psychischem Gebiet bestanden eine erarmung des Sprachschatzes, Neigung zum Haften und en, eintönigen Phrasen sowie in einem Falle ein amnestischer omenkomplex. Anatomisch entsprach diesem Verlauf eine zur Sklerose führende Erkrankung der Rindenzellen und gewisser Kerne der Medulla oblongata und spinalis sowie eine ziemlich erhebliche Verarmung des Markfasergehaltes der Rinde (Spielmeyer).

Auch anatomisch nicht ganz geklärt sind manche Krankheitsfälle, die Kraepelin besonders bei Frauen zwischen dem 45. und 50. Lebensjahre beobachtet hat, und die ihren klinischen Erscheinungen nach den Spätkatatonien nahe stehen. Die Krankheit beginnt mit einem Depressionszustand, zugleich läßt das Gedächtnis nach, dann werden die Kranken unzugänglich, sprechen verworren, sind unruhig und erregt, fassen dabei leidlich gut auf; der Gesichtsausdruck wird starr und maskenhaft, die sprachlichen Äußerungen und Bewegungen werden einförmig, sind aber nicht so sinnlos stereotyp, wie die der eigentlichen Katatonie. Der Ausgang ist Tod oder erhebliche psychische Schwäche.

Sehr viel später, nämlich im 6. oder 7. Dezennium beginnen andere von Kraepelin (und zwar nur bei Männern) beobachtete Fälle, die sich ebenfalls mit einem Depressionszustand einleiten, während die Stimmung später eher heiter oder auch gereizt wird. In diesem Stadium werden paralytisch aussehende Größenideen geäußert. Die Kranken geraten zugleich in eine sinnlose Erregung, die mit Stereotypien verbunden ist und zeitweise durch ruhige Phasen oder durch einen Stupor unterbrochen wird. Eigentlicher Negativismus fehlt; ebenso werden trotz dieser Verworrenheit Sinnestäuschungen vermißt. Das Gedächtnis im engeren Sinne ist nicht erheblich beeinträchtigt, die Merkfähigkeit dagegen schwer gestört. Als besonders charakteristisch schildert Kraepelin die sprachlichen Äußerungen der Kranken. Sie flüstern und murmeln in unverständlicher Weise vor sich hin, und zwar oft in abgerissenen, ruckweise hervorgestoßenen, im großen und ganzen sich immer gleichbleibenden Lauten. Zwei Kranke starben in einem Anfall von Bewußtlosigkeit mit Krampferscheinungen, während sie im übrigen neurologische Symptome nicht zeigten. Bei anderen Patienten trat nach einigen Monaten eine gewisse Beruhigung ein, in der sie sich als urteilslos und stumpf erwiesen. — Das anatomische Bild in diesen Fällen war dem der vorigen Gruppe ähnlich, wich dagegen von dem der Paralyse, der Arteriosklerose und der Katatonie ab (Nißl, Alzheimer).

IV. Arteriosklerotische Seelenstörungen.

Von allen im vorstehenden Abschnitt besprochenen Verblödungsvorgängen des späteren Lebensalters unterscheiden sich ausgesprochene und schwere Fälle der Gehirnarteriosklerose durch das Überwiegen neurologischer Herdsymptome. Alzheimer hat für diese Fälle mit Recht gesagt, die Patienten machen den Eindruck von Gehirn- und nicht von Geisteskranken. So wird die Diagnose dieser schweren Fälle nur anderen, mit Lokalsymptomen einhergehenden Hirnerkrankungen gegenüber schwierig werden können, und auch diese Schwierigkeiten sind durch die modernen serologischen Kennzeichen der Syphilis um vieles verringert worden.

Frühsymptome.

Um so schwerer kann die Erkennung der beginnenden Sklerose der Gehirngefäße werden. Ein Teil der Prodromalerscheinungen deckt sich aus inneren Gründen mit gewissen „neurasthenischen" Reaktionen, die als Folgen vasomotorischer Schwankungen bei anämischen und konstitutionell nervösen Menschen auch bei intakter Gefäßwand verhältnismäßig häufig beobachtet werden. Mit diesen Symptomen, die in ihrer Gesamtheit den Frühstadien oder aber einer milden Form der Hirnarteriosklerose entsprechen, bei der schwerere Ausfälle überhaupt nicht erlebt werden, wollen wir uns zuerst beschäftigen.

In erster Linie zu nennen ist der Kopfschmerz, den Raecke in 60% seiner Fälle angegeben fand. Das Symptom wird keineswegs einheitlich geschildert. Bald klagen die Patienten nur über das Gefühl des Eingenommenseins, der Dösigkeit, bald über Kopfdruck, der in die Stirn, die Schläfen oder auch in das Hinterhaupt verlegt wird. In anderen Fällen werden bohrende oder blitzartige Schmerzen oder das Gefühl, als wenn der Kopf platzen wollte, angegeben. Wichtig ist, daß sich der Kopfdruck im allgemeinen nicht in Form der neurasthenischen „Kappe" über den Schädel verteilt und daß er im Gegensatz zum neurasthenischen Kopfdruck bei körperlichen Anstrengungen zunimmt und im übrigen ziemlich ständig vorhanden zu sein pflegt (Pick). Auch Alkoholgenuß und geistige Arbeit können erschwerend wirken.

Fast ebenso häufig wie das Kopfweh ist der Schwindel, den Raecke bei 57% seiner Fälle sah. Am häufigsten nimmt er die Form des Drehschwindels an, bei dem der Patient das Gefühl hat, als ob er sich halten müsse, um nicht zu fallen. Gleichzeitig pflegt das Gesicht blaß zu werden, und häufig tritt Stirnschweiß auf. Der Schwindel, der allmählich häufiger zu werden pflegt, hängt

ebenfalls von blutdrucksteigernden Momenten (körperliche Anstrengungen, Bücken, Heben oder seelische Aufregungen) ab. Er läßt sich nicht scharf trennen von Ohnmachtsanwandlungen, bei denen den Kranken „schwarz" vor den Augen wird, alle Geräusche entfernt klingen und gewöhnlich Angst auftritt. Diese Zustände hängen übrigens zum Teil von Extrasystolen ab. — Mit dem Schwindel und dem Kopfschmerz sind häufig Sensationen in den Ohren verbunden, wie Sausen, Knallen und Pfeifen.

An dritter Stelle wäre die Schlafstörung zu nennen. Schon die Unfähigkeit, nach zu lange fortgesetzter geistiger Arbeit am Abend einzuschlafen, die sich bei vielen Männern schon am Ende des 4. oder doch im Verlauf des 5. Jahrzehnts einstellt, hängt wohl mit einer Abnahme der Elastizität der Gehirngefäße zusammen. Bei eigentlicher Arteriosklerose pflegen im Gegensatz zu diesen Fällen auch Schlafmittel gewöhnlich schlecht zu wirken. Oft wechselt dabei eine Reihe von guten mit einzelnen absolut schlaflosen Nächten ab. Als charakteristisch erwähnt Romberg das vorzeitige Erwachen mit Angst. In späteren Stadien wird gewöhnlich auch eine abnorm starke Schlafneigung beobachtet (Pick).

Unter den leichteren und früh auftretenden Herderscheinungen, die natürlich nicht von Blutungen und Thrombosierungen, sondern von vorübergehenden Zirkulationsstörungen abhängen, wären in erster Linie die sensiblen zu nennen. Parästhesien wie Kribbeln in einem Gliede, Druck und Schwere einer Körperhälfte, allgemeines Frösteln und dergleichen gehen den übrigen Symptomen manchmal um Jahre voraus. Zuweilen zeichnen sich diese Parästhesien dadurch aus, daß sie nur bestimmte Seiten einer Extremität, wie etwa die Ulnarseite der Hand und des Vorderarms, betreffen. — Auch die Hemianopsie sowie Migräneanfälle gehören hierher, während die Gesichtsfeldeinschränkung wohl zumeist mit der Aufmerksamkeitsstörung zusammenhängt.

Auf motorischem Gebiete sind besonders häufig vorübergehende Paresen in der Hand, die gelegentlich irrtümlich auf einen Schreibkrampf zurückgeführt werden. Außerdem wird nicht selten auch eine vorübergehende motorische oder ideotorische Apraxie beobachtet. Auch eine Fazialisschwäche, die natürlich leicht mit habituellen Anomalien verwechselt werden kann, und eine vorübergehende Schwäche der Beine kommen vor. In leichteren Fällen dieser Art kann es wichtig werden, das Babinskische Zeichen während der Störung nachzuweisen. — Transitorische Augenmuskellähmungen mit Doppeltsehen sind im Gegensatz zur Hirnlues offenbar sehr selten.

Sehr charakteristisch, wenn auch keineswegs immer vorhanden ist sodann die Erschwerung und Verlangsamung der Sprache, die ebenfalls vorübergehend auftreten oder doch vorübergehend exazerbieren kann. Es kommt dabei selten zu einem eigentlichen Stolpern im Sinne der Paralyse, wohl aber zu einer unscharfen Artikulation, wie sie ja bei neuropathischen Individuen namentlich bei gemütlicher Erregung und in der Verlegenheit auch beobachtet wird. Auf der subjektiven Wahrnehmung der sprachlichen Unsicherheit der Patienten beruht wohl zum Teil die häufige Verlangsamung des Sprechens. Ebenso wie artikulatorische werden vorübergehend auch aphasische Störungen beobachtet.

In den Veränderungen der Schrift spiegeln sich vorübergehende Paresen und apraktische Störungen wieder. Als einigermaßen charakteristisch kann

nur ein gewisser Tremor gelten, für den wir früher ein Beispiel mitgeteilt haben.

Die Sehnenreflexe sind in etwa der Hälfte der Fälle lebhafter als in der Norm; dagegen nur verhältnismäßig selten — Raecke gibt z. B. 2,9% an — aufgehoben. Patellar- und Fußklonus sind selten deutlich ausgesprochen, ebenso wie der Babinski zumeist nicht dauernd vorhanden ist.

Die Pupillen sind verhältnismäßig häufig different, ohne aber wie bei der Metasyphilis verzogen zu sein. Der Lichtreflex ist beinahe immer erhalten und verschwindet nur in den seltenen Fällen, in denen er (infolge einer Kernblutung) zusammen mit der Konvergenzreaktion verloren geht. Wo echte reflektorische Pupillenstarre beobachtet wird, handelt es sich sicher nicht um reine Arteriosklerose, sondern um Lues.

Das Lumbalpunktat unterscheidet sich von dem der Paralyse und der Hirnsyphilis nicht nur durch das Fehlen der Wassermannschen Reaktion, sondern fast immer auch durch die Abwesenheit von Lymphozyten. Auch eine beträchtliche Vermehrung des Eiweißgehaltes scheint nur bei den schwereren und fortgeschritteneren Formen vorzukommen. Dagegen ist der Druck der Spinalflüssigkeit verhältnismäßig häufig erhöht.

Psychische Störungen.

Was die psychischen Symptome angeht, so haben wir die eigentliche arteriosklerotische Demenz im allgemeinen Teil schon behandelt. Abgesehen von den schwereren Fällen, in denen sich diese Verblödung, etwa im Anschluß an eine Apoplexie, sehr schnell entwickelt, schleicht sie sich fast immer beinahe unmerklich unter Vorboten ein, die für sich allein von neurasthenischen Symptomen schlecht unterschieden werden können. So klagen die Patienten verhältnismäßig häufig früh über Gedächtnisschwäche, ohne daß sich eine Abnahme der Merkfähigkeit oder eine Verminderung des früher erworbenen Vorstellungsschatzes schon objektiv nachweisen ließen. Charakteristischer ist eine zeitweise auftretende „Stauung" des Gedankenablaufes (Binswanger). Plötzlich kann sich der Patient auf einen Namen oder eine Zahl nicht besinnen, mitten bei der Arbeit schwinden ihm die Gedanken, während der Unterhaltung fehlen ihm die Worte. Immerhin kann auch diese Erscheinung, soweit sie nicht objektiv beobachtet, sondern nur subjektiv von den Patienten angegeben wird, auf rein neuropathischer Grundlage entstehen. Dagegen müssen eine Erschwerung des Wortverständnisses oder gar das Auftreten von Perseverationen natürlich stets als organisch aufgefaßt werden. Alzheimer sprach in solchen Fällen mit Recht von einer psychischen Schwerhörigkeit.

Schreitet das Leiden fort, so pflegt bei genauerer Beobachtung eine (zumeist auch subjektiv schwer empfundene) Abnahme der geistigen Produktivität und des Konzentrationsvermögens deutlich zu werden. Die Kranken können wohl noch in alten, ausgefahrenen Gleisen tätig sein, aber sie haften an bestimmten Gedanken und Worten, ermüden leicht, können nichts Neues mehr in sich aufnehmen, schwierigere Zusammenhänge nicht mehr erfassen. Den Angehörigen fällt die Verminderung der Interessen auf, die Patienten verrichten nur noch ihre berufliche Arbeit und lassen alle Liebhabereien stillschweigend liegen. Zugleich nimmt die Entschlußfähigkeit ab, und häufig werden die Kran-

ken umständlich, schwerfällig und pedantisch. Dabei bleibt das Urteil verhältnismäßig lange leidlich erhalten, die Kranken beurteilen ihre Situation und ihre Defekte überraschend richtig und klagen häufig geradezu darüber, daß sie allmählich verblöden. So ist die Demenz in der Mehrzahl der Fälle lange Zeit eine partielle, der „Kern der Persönlichkeit" (Hoche) bleibt erhalten, und die Kranken scheinen mehr im Gebrauch ihrer geistigen Fähigkeiten zeitweise behindert, als dieser Fähigkeiten wirklich beraubt zu sein. Auch ergeben zu verschiedenen Zeiten vorgenommene Intelligenzprüfungen in diesem Stadium häufig ganz verschiedene Resultate.

Erlebt der Patient eine schwere Verblödung, so kann sie freilich der paralytischen recht ähnlich sehen. So wollte einer meiner Patienten eine fahrende Trambahn mit den Händen anhalten, ein anderer mit tausend Mark Vermögen ein Rittergut kaufen. In solchen Fällen kann es auch zu Größenideen kommen. Regelmäßig finden sich neben den intellektuellen Mängeln gemütliche Störungen. Bei manchen Patienten entwickelt sich neben der Abnahme der geistigen Elastizität eine übertriebene Bewertung auch geringer Aufgaben und eine krankhafte Anspannung des Verantwortungsgefühls, die das Arbeiten mit und unter ihnen außerordentlich erschweren können. Bekannter ist die emotionelle Inkontinenz. Die Kranken klagen selbst über eine ihnen früher fremde Rührseligkeit und Weinerlichkeit, die zum großen Teil einfach auf der ungenügenden Hemmung der mimischen Ausdrucksbewegungen beruht, und sie sind zugleich reizbar und geraten bei kleinen Anlässen in maßlose Wut. Um so auffallender ist eine durchschnittlich vorhandene gemütliche Indifferenz, die häufig auch in dem „maskenhaft" starren, leeren Gesichtsausdruck zutage tritt. Daneben entwickeln sich zuweilen schon früh eine gewisse Abstumpfung auch der ethischen Gefühle oder sonstige auffallende Charakterveränderungen. Einer meiner Kranken, der bis dahin ein sehr tüchtiger Geschäftsmann und ein solider Gatte gewesen war, fing plötzlich an, kostspielige Reisen z. B. nach Monte Carlo zu unternehmen, verbrauchte einen großen Teil des Vermögens seiner Frau und ließ sich mit Kokotten ein. Ein anderer mietete sich in einer benachbarten Stadt unter falschem Namen mehrere möblierte Zimmer und suchte dann durch die Zeitung junge Mädchen als Modell, obwohl er nie gemalt hatte. Schließlich wurde er verhaftet, als er gerade ein 13jähriges Mädchen abtastete. In schweren Fällen begehen die Kranken auch ähnlich wie Paralytiker törichte Diebstähle, nehmen einer Nachbarin Bettstücke fort, plündern frisch geschmückte Gräber usf. Recht häufig ist endlich Alkoholabusus im Beginn der Krankheit.

Die arteriosklerotische Demenz kann nun durch akute psychotische Erscheinungen eingeleitet oder begleitet und so überlagert werden.

Wie bei allen Psychosen des späteren Lebensalters überwiegen auch hier Depressionszustände. Schon in leichten Fällen neigen die Kranken zu einer trüben Auffassung ihrer Lage, zu schwerem Krankheitsbewußtsein und zu unbestimmten Angstgefühlen. Wie weit insbesondere die Angstanfälle mit Veränderungen am Herzen zusammenhängen, muß dahingestellt bleiben. Bei länger dauernden traurigen Verstimmungen überwiegen meist hypochondrische und nihilistische Vorstellungen über die gewöhnlichen Versündigungsideen. Die Kranken übertreiben ihre körperlichen Beschwerden und ihre psychische Leistungsunfähigkeit, erklären sich für „Jammerlappen", sind nichts

mehr wert; für sie lohnt keine Kur mehr, sie sind allen Menschen zur Last, werden ihre Familie ins Unglück bringen; das Beste wäre ein Strick um den Hals. Es schwebt auch schon eine Untersuchung gegen sie. Das Herz steht still, die Nahrung „sitzt fest", die Finger sind steif. — Manche Fälle zeichnen sich durch eine ängstliche Unruhe und durch Gehörshalluzinationen aus. Die Unruhe und die Angst steigern sich namentlich des Nachts bis zur Ratlosigkeit und können so in delirante Phasen übergehen. Der Kranke drängt aus dem Bett, glaubt in seinem Dorf zu sein, hört die Stimmen von Bekannten, die ihm vorwerfen, „eine schlechte Krankheit" zu haben, ihn mit Zuchthausstrafen oder mit Durchprügeln bedrohen; ein Sarg wird hereingebracht, in den der Patient hineingelegt werden soll, Männer wollen ihn umbringen, man möge ihm eine Axt geben, damit er sich wehren könne. Namentlich am Morgen pflegen die Kranken reichliche Konfabulationen vorzubringen. Im Saal ist eine Auktion gewesen, bei der seine Sachen versteigert werden sollten, die Kinder sind von einem Automobil überfahren worden usf. — Bei weiterem Fortschreiten des Gehirnleidens pflegt der depressive Affekt zu verblassen, so daß schließlich eine stumpfe, euphorische Verblödung das Bild beherrscht. In seltenen Fällen kommen übrigens auch verworrene Größendelirien vor.

Manische Erregungen sind selten, häufiger dagegen paranoide Psychosen, auf die in einem besonderen Abschnitt eingegangen werden soll. Endlich entwickelt sich ausnahmsweise im Anschluß an eine schwere Apoplexie ein amnestischer Symptomenkomplex, der sich natürlich wieder zurückbilden kann, so daß man mit der Annahme einer gleichzeitig vorhandenen Presbyophrenie vorsichtig sein muß.

Hinsichtlich der arteriosklerotischen Epilepsie sei auf den Abschnitt Epilepsie verwiesen und nur erwähnt, daß die meisten Fälle dieser Art Trinker betreffen (Kraepelin), so daß die ätiologischen Zusammenhänge nicht absolut klar liegen.

Differentialdiagnose.

Im ganzen sind die arteriosklerotischen Seelenstörungen, für sich betrachtet, wenig charakteristisch. Wenn sie nicht in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von körperlichen Symptomen begleitet und durch den ziemlich prägnanten Eindruck des schweren Gehirnleidens zusammengehalten würden, ließe sich aus den rein psychiatrischen Symptomen die richtige Diagnose selten ableiten. Insofern bereiten die größten Schwierigkeiten die Fälle, in denen die körperlichen Symptome noch fehlen und die eigentümliche, inselförmige, nicht diffuse Demenz noch nicht erkennbar ist.

In solchen Fällen kommen zu den schon erwähnten Schwierigkeiten noch andere, die mit der Entstehung der Arteriosklerose zusammenhängen. Wir wissen heute, daß die arteriosklerotischen Gefäßveränderungen sehr viel zeitiger einsetzen, als man es früher geglaubt hat, und jedenfalls lange, ehe die Patienten Beschwerden bekommen. Auf der andern Seite scheinen bestimmte Formen der neuropathischen Anlage das Auftreten der Arteriosklerose zu begünstigen. Bei ängstlichen Hypochondern, aufgeregten, reizbaren Naturen und Manischdepressiven scheinen die stärkeren Ansprüche, die an ihr Gefäßsystem gestellt werden, auch die regressiven Veränderungen an diesen Gefäßen zu

beschleunigen. Das kann die Beurteilung des einzelnen Falles recht schwer machen. Es ist nicht immer leicht zu sagen, ob gewisse „neurasthenische" Beschwerden schon die ersten frühen Vorboten einer Arteriosklerose oder die Anzeichen einer neuropathischen Anlage darstellen, der die Arteriosklerose erst auf Umwegen nachfolgt. Alle Versuche, rein neurasthenische und wirklich arteriosklerotische Beschwerden scharf und zuverlässig voneinander zu trennen, sind bis heute gescheitert. Sowohl das Kopfweh wie den Schwindel und die Schlaflosigkeit finden wir bei Neuropathen auch, und wenn sich die genauere Symptomatologie dieser Störungen bei der Arteriosklerose im allgemeinen auch anders darstellen mag, so lassen sich diese Unterschiede im Einzelfalle aus den subjektiven Klagen des Patienten doch schwer herauslesen. Auch das Gefühl, bei geistiger Arbeit leicht zu ermüden, wird von vielen Psychopathen angegeben, und erst bei längerer Beobachtung stellt sich gewöhnlich heraus, daß dieses Gefühl in der Tat nichts als ein Gefühl, eine Einbildung des Patienten, darstellt. Im übrigen ist die Ermüdbarkeit ja auch wirklich schon bei jungen Psychopathen recht häufig.

Insofern wird der Hauptwert auf die Beobachtung des Verlaufs zu legen sein. Die seltenen Fälle einer wirklich erworbenen Erschöpfungsneurasthenie heilen verhältnismäßig schnell aus. Die konstitutionelle Nervosität aber entsteht nicht, sondern wird mit auf die Welt gebracht. Deshalb spricht es entschieden für Arteriosklerose, wenn ein Mann am Ende des 5. oder im Laufe des 6. bez. 7. Jahrzehnts neurasthenische Klagen äußert, die früher bei ihm gefehlt hatten. Dahin gehören auch hypochondrische Depressionen ebenso wie psychogene Reaktionen, die eine beginnende Arteriosklerose ebenfalls nicht selten einleiten.

Auf der anderen Seite folgt aus dem Nachweis der neuropathischen Anlage noch nicht, daß sich nicht inzwischen arteriosklerotische Veränderungen herausgebildet haben. Diese werden sich dann nur aus den körperlichen Symptomen oder aus typisch organischen, psychischen Reaktionen erschließen lassen. Auch der Gesamthabitus des Kranken kann in diesen wie in anderen Fällen wertvoll werden; insbesondere kommt die charakteristische maskenhafte Starrheit der Gesichtszüge bei Psychopathen nicht vor. Weniger Gewicht ist dagegen auf die Verhärtung und Schlängelung der Radialarterien oder der Temporales zu legen. Man darf angesichts derartiger Symptome nicht vergessen, daß die einzelnen Gefäßgebiete des Körpers ihre Arteriosklerose ziemlich unabhängig voneinander bekommen, oder wie Romberg es einmal ausgedrückt hat: daß bei jedem Menschen der Teil des arteriellen Systems erkrankt, den er am meisten angestrengt hat. Insofern beweist selbst eine Steigerung des Blutdrucks — die sich übrigens überhaupt nur in 10 Prozent der Arteriosklerosen findet — durchaus nicht, daß gerade die Gehirngefäße erkrankt sind. Mehr läßt sich schon aus einem vorzeitig gealterten Gesamthabitus schließen.

So sind wir auf körperlichem Gebiete vornehmlich auf die neurologischen Symptome der Hirnarteriosklerose angewiesen. Diese zeigen z. B. beim manisch-depressiven Irresein den Zeitpunkt, an dem sich arteriosklerotische Veränderungen herausgebildet haben, viel sicherer an als gewisse Eigentümlichkeiten des psychischen Bildes. Insbesondere gewisse Mischzustände, in denen die Hemmung eine Herabsetzung der intellektuellen Fähigkeiten bedingt und auch dem Patienten fühlbar macht, der depressive Affekt aber nicht entsprechend

tief ist, führen leicht zu der irrtümlichen Annahme einer inzwischen entstandenen arteriosklerotischen Demenz.

Von den organischen Hirnkrankheiten wird die Paralyse kaum noch Schwierigkeiten bereiten können. Schon die Demenz ist in beiden Fällen grundsätzlich verschieden. Der diffusen, allgemeinen Verblödung der Paralyse entspricht bei der Arteriosklerose der inselförmige Ausfall einzelner Fähigkeiten bei erhaltener Persönlichkeit, und der vollkommenen Einsichtslosigkeit der Paralytiker steht das schwere Krankheitsgefühl des Arteriosklerotikers gegenüber. Dazu kommen heute, selbst wenn man von dem verschiedenen Verhalten der Pupillen absieht, die Besonderheiten des serologischen Bildes bei der Paralyse.

Selbstverständlich beweist der Wassermann im Blut nichts gegen Arteriosklerose, dagegen zeigt dieselbe Reaktion im Liquor — auch bei der Hauptmannschen Auswertungsmethode —, daß eine luetische Erkrankung des Nervensystems vorliegt. In diesem Falle kann es sich also, wenn die übrigen Erscheinungen für Hirnarteriosklerose sprechen, nur um die apoplektische Form der Hirnsyphilis handeln. Weniger eindeutig sind der Eiweißgehalt und die Pleozytose. Eine nicht unerhebliche Eiweißvermehrung kommt auch bei zerebraler Arteriosklerose vor, während die Phase I nur ausnahmsweise und höchstens in Andeutungen beobachtet wird (Spielmeyer). Pleozytose ist bei echter Arteriosklerose selten, wird aber gelegentlich gefunden, ohne daß die Art der Zellen immer eine Unterscheidung von luetischen Erkrankungen zuließe (Rehm). Im Anschluß an Apoplexien finden sich im Punktat gelegentlich vakuolisierte Zellen mittlerer Größe, die braungelbe Einlagerungen enthalten, und freischwimmende gelbbraune Kristalle (Rehm).

Schon aus dem bisher Gesagten folgt, daß die Unterscheidung der eigentlichen Arteriosklerose von diffuser Endarteriitis luetica und von der apoplektiformen Hirnlues unter Umständen schwer werden kann. Auch bei syphilitischer Gefäßerkrankung im Gehirn kann bekanntlich der Wassermann im Liquor negativ ausfallen, und das ist um so unbequemer, als gerade diese Formen der Hirnlues, wie wir noch sehen werden, ihren sonstigen Erscheinungen nach denen der Arteriosklerose am nächsten stehen. Am ausgesprochensten ist diese Ähnlichkeit natürlich in den apoplektiform verlaufenden Fällen, während die diffuse syphilitische Endarteriitis in ihren Erscheinungen gewissermaßen zwischen der Paralyse und der Arteriosklerose steht. Die Kranken haben häufig ein Gefühl für manche von ihren Defekten, zeigen aber dabei schon früh eine dement-euphorische Stimmungslage, die bei Arteriosklerotikern höchstens in Endstadien erreicht wird.

Nicht ganz leicht ist es sodann, arteriosklerotische und alkoholistische Veränderungen des Gehirns auseinanderzuhalten. Der chronische Alkoholmißbrauch gehört zu den wenigen sicheren Ursachen der Arteriosklerose, und bestimmte Formen der Hirnarteriosklerose, wie die arteriosklerotische Epilepsie z. B., findet man fast ausschließlich bei Trinkern. So ist die Frage sehr häufig nicht auf ein aut-aut, sondern auf die Schätzung des Grades der einen und der anderen Ursache der vorhandenen Beschwerden gestellt. Im allgemeinen wird dabei das Maß der arteriosklerotischen Veränderungen bei Potatoren überschätzt. Nach längerer Abstinenz bildet sich oft vieles zurück, was ursprünglich den Eindruck eines endgültigen Ausfalles gemacht hatte.

Daß sich arteriosklerotische und senile Veränderungen häufig bei denselben Individuen finden, wurde oben schon als eine beinahe selbstverständliche Tatsache hervorgehoben. Im ganzen ist früher auch in dieser Hinsicht die Häufigkeit der Hirnarteriosklerose überschätzt worden. Insbesondere die Alzheimersche Krankheit hat man damals ihrer neurologischen Symptome wegen wohl stets als Arteriosklerose aufgefaßt. Auch heute finden wir übrigens nicht selten rein senile oder verwandte anatomische Veränderungen bei Kranken, bei denen wir intra vitam eine Arteriosklerose angenommen hatten, deren Gefäße sich aber tatsächlich als nahezu vollkommen intakt erweisen. Im übrigen ergeben sich die Unterschiede zwischen senilen und arteriosklerotischen Hirnerkrankungen aus dem Vergleich der vorstehenden Darstellungen von selbst.

V. Dementia paralytica.

Die Diagnose der progressiven Paralyse ist durch die serologischen Methoden und die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit um vieles leichter geworden — vielleicht leichter, als es für die feinere Analyse der psychischen und neurologischen Krankheitssymptome gut ist. Wenn die Krankheit trotzdem hie und da verkannt oder übersehen wird, so liegt das fast immer daran, daß an diese Möglichkeit gar nicht gedacht und deshalb die körperliche Untersuchung versäumt wird. Es sei deshalb auch an dieser Stelle der alte Erfahrungssatz wiederholt, daß jede psychische Störung, die bei Männern zwischen dem 30. und 55. Lebensjahre erstmals auftritt, den Verdacht auf Paralyse erwecken sollte. Gerade diese Jahre, in die der Beziehungen zur Syphilis wegen die meisten Paralysen fallen, bleiben von dem erstmaligen Auftreten anderer Geistesstörungen verhältnismäßig verschont. Und wenn auch der Fach-Psychiater heute nahezu alle psychischen Zustandsbilder der Gehirnerweichnug von ähnlich gefärbten funktionellen Psychosen schon psychologisch unterscheiden kann, so ist für die Verhältnisse und für die Bedürfnisse der allgemeinen Praxis doch daran festzuhalten, daß die Annahme einer bloß funktionellen Erkrankung ohne neurologische und serologische Untersuchung zum mindesten in dem bezeichneten Lebensabschnitte einen Kunstfehler bedeutet.

Symptome.

Demenz.

Keines von den Symptomen der Paralyse ist so absolut charakteristisch, daß es die Diagnose für sich allein sichern könnte; der Nachdruck wird stets auf die Gesamtheit der Krankheitserscheinungen zu legen sein. Selbst bei der paralytischen Demenz, auf deren Eigentümlichkeiten wir in einem früheren Abschnitte ausführlich eingegangen sind, bleibt das Entscheidende immer der Gesamteindruck der geistigen Schwäche, der mit einem leichten Grad von Benommenheit untrennbar verbunden ist und sicher nicht bloß durch die rein intellektuellen Mängel, sondern auch durch die Eigenart der Affekte hervorgerufen wird. Alle Einzelzüge, wie die Aufmerksamkeitsstörung und der Mangel an Konzentrationsvermögen, die Beeinflußbarkeit von Stimmung, Denken und Handeln, die Unsicherheit in der Beurteilung von Zeitverhältnissen („Verlust der inneren Uhr“, Hoche), die Gleichförmigkeit gewisser Wahnbildungen, die spezifischen Veränderungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, lassen sich aus diesem Gesamtbilde bei der Paralyse

zwar fast immer herausschälen, kommen aber auch bei anderen organischen Psychosen vor.

Im einzelnen kann die Paralyse bekanntlich mit „neurasthenischen" Symptomen beginnen, unter dem Bilde der Melancholie, der Hypochondrie oder aber, in der klassischen Form, nach einem depressiven Anfang unter den Erscheinungen der gehobenen Stimmung, der Reizbarkeit und der motorischen Unruhe (Exaltation) verlaufen und sie kann endlich, als einfach demente Form, alle stürmischen Begleiterscheinungen ganz vermissen lassen. Von atypischen Formen seien an dieser Stelle nur die Kinderparalysen, die einfach Paralysen bei hereditär Syphilitischen sind und höchstens durch die Eigenart der kindlichen Psyche ein besonderes Gepräge erhalten, und die Lissauerschen Formen erwähnt, bei denen infolge einer besonderen Lokalisation des paralytischen Prozesses Herderscheinungen das Bild beherrschen.

Augensymptome.

Unter den körperlichen Symptomen beanspruchten vor Einführung der serologischen Methoden und der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit die bei weitem größte Bedeutung die Augen- und besonders die Pupillenerscheinungen. Nach einer Feststellung von Mignot, Schramek und Parrot fehlen diese Symptome nur in 6% aller Fälle. Sie sind aber nicht alle gleich wertvoll. Wirklich Hervorragendes leistet diagnostisch hier wie bei der Tabes nur die reflektorische Pupillenstarre auf Licht; denn in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle fällt die Feststellung dieses „Robertsonschen" Phänomens mit der Diagnose von Tabes oder Paralyse und, wenn psychische Störungen nachweisbar sind, mit der der Paralyse zusammen. Ich selbst habe bei mehreren tausend Pupillenuntersuchungen echte reflektorische Pupillenstarre außer bei Tabes, Paralyse oder Hirnsyphilis noch niemals beobachtet, und zu dem gleichen Resultat ist Weiler auf Grund sehr umfassender Untersuchungen gelangt. Schon bei der Hirnsyphilis stellt das Symptom eine große Ausnahme dar; der (nicht ganz einfache) Beweis für sein Vorkommen ist nur dadurch gesichert worden, daß in einigen wenigen Fällen eine typische Lichtstarre durch eine Quecksilberkur beseitigt worden ist. Außerdem werden wir auf Grund von Nonnes Untersuchungen mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß das Argyll-Robertsonsche Zeichen in ganz seltenen Fällen bei nichtluetischen Alkoholisten beobachtet wird[1]). Daß eine vorübergehende Schädigung der Pupillenbewegung, die sogar Wochen andauern kann, gelegentlich durch chronischen Alkoholmißbrauch hervorgerufen wird, ist schon im allgemeinen Teil gesagt worden.

Nun ist jedoch die Lichtstarre auch bei Paralytikern keineswegs immer vorhanden, und es ist ganz falsch, wenn die Diagnose gelegentlich mit dem Hinweis auf eine gute Irisinnervation bestritten wird. Wir werden deshalb noch feststellen müssen, in welchem Prozentsatz der Paralysen sich Lichtstarre findet, und ob in dieser Hinsicht Unterschiede auch der Tabes und der Hirnsyphilis gegenüber bestehen.

---

[1]) Der exakte Beweis dafür läßt sich m. E. deshalb überhaupt nicht führen, weil die Lues ausheilen, aber Pupillenstarre zurücklassen kann. Nonne selbst hat reflektorische Pupillenstarre bei einer hereditären Syphilis beschrieben, bei der alle vier Reaktionen negativ ausfielen. (Syphilis und Nervensystem. 3. Aufl. 1. 137.)

Was den ersten Teil der Frage angeht, so haben erst neuere Untersuchungsreihen zwischen reflektorischer und absoluter Pupillenstarre streng unterschieden, also das Verhalten der Konvergenz-Reaktion mitberücksichtigt. Zählt man alle auf Licht nicht oder schlecht reagierenden Pupillen zusammen, gleichviel ob sie sich beim Nahesehen verengern oder nicht, so erhält man für die völlige Lichtstarre 45,5%, für die Lichtträgheit 41,5% und für die gute Reaktion 13%.

Trennt man dagegen die reflektorische und die absolute Starre, so ergeben sich in 58% der Fälle reflektorische Starre oder Trägheit, in 29% Sphinkterlähmung oder Parese und in 13% normale Reaktionen.

Mit der Verbesserung der Untersuchungsmethodik sind übrigens sowohl das völlige Fehlen wie die absolute Intaktheit des Reflexes immer seltener geworden. Bei der gewöhnlichen Prüfung (bei Tageslicht) erhält man in 26%, also in mehr als einem Viertel der Fälle ausreichende Lichtreaktion.

Nun schwanken alle diese Zahlen natürlich, je nachdem man die Kranken im Beginn ihres Leidens oder vor dem Exitus untersucht. Wenn wir von den Ausnahmen absehen, in denen der Tod zufällig an einer Pneumonie etc. oder in einem früh eintretenden paralytischen Anfall erfolgt, so zeigen am Ende ihres Lebens nahezu alle Paralytiker lichtstarre Pupillen. Untersucht man dagegen in der Privatsprechstunde oder Poliklinik beginnende Fälle, so erweist sich der Lichtreflex nur bei 40% als beeinträchtigt.

Die absolute Starre ist deshalb nicht annähernd so wertvoll wie das Robertsonsche Zeichen, weil sie bei den verschiedensten anderen Krankheiten (Dementia senilis, Hirnsyphilis, Alkoholismus, multiple Sklerose) beobachtet wird. Zudem ist sie bei der Paralyse nur halb so häufig wie die Lichtstarre, wenn auch etwas häufiger (29%) als bei der Tabes (16%). In beiden Fällen ist sie nur ausnahmsweise Teilerscheinung einer vollständigen Ophthalmoplegia interna, also mit Akkommodationslähmung verbunden.

Sehr häufig sind bei der Paralyse die Entrundung der Pupillen (vgl. S. 120) und die Miosis; noch häufiger ist die Pupillendifferenz — nur besitzt dieses Symptom, wenn es nicht sehr ausgesprochen ist, deshalb keinen besonderen Wert, weil es bei einer Reihe anderer organischer Krankheiten und in seltenen Fällen sogar bei Gesunden vorkommt.

Sehen wir uns nun zum Vergleich die Pupillenstörungen bei der Tabes und bei der Hirnsyphilis an. Daß sich die Paralyse und die Tabes in dieser Beziehung nicht sehr verschieden verhalten, ergibt sich ja daraus, daß die Gehirnerweichung das Symptombild der Rückenmarksschwindsucht ganz in sich einschließen kann. Der einzige Unterschied ist eigentlich der, daß bei Paralyse die absolute Starre etwas häufiger und die Miosis etwas seltener ist als bei Tabes. Anders steht es mit der Hirnsyphilis. Ausnahmsweise finden sich zwar auch hier alle Störungen der Irisinnervation, die für Tabes und Paralyse charakteristisch sind. Aber wenn wir fragen, mit welcher Wahrscheinlichkeit dieses oder jenes Symptom für Paralyse oder für Syphilis spricht, ergibt sich eine so wesentlich andere Reihenfolge der Krankheitszeichen, daß die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten doch viel geringer erscheinen, als zuweilen angenommen worden ist.

Daß reine Lichtstarre bei Hirnsyphilis nur ganz ausnahmsweise vorkommt, sahen wir schon. Gerade deshalb ist die Tatsache als solche in der Tat unbequem; finden sich gleichzeitig psychische Störungen irgendwelcher Art,

und sei es auch nur eine Neurasthenie, und fallen die Serumreaktionen nicht ganz negativ aus, so wird sich die Möglichkeit der Paralyse lange Zeit kaum ausschließen lassen. Daß sich in übrigens ganz seltenen Fällen sowohl das Blut wie die Zerebrospinalflüssigkeit auch einmal normal verhalten haben, beweist, daß eine sonst völlig ausgeheilte Hirnsyphilis gelegentlich nur gerade das Robertsonsche Zeichen zurücklassen kann.

Auch die absolute Starre deutet, wenn der Ziliarmuskel nicht an ihr beteiligt ist, im Zweifelfall mehr auf Paralyse bzw. Tabes als auf Hirnsyphilis. Sind dagegen beide Binnenmuskeln des Auges gelähmt, besteht also Ophthalmoplegia interna, so wird die Paralyse sehr unwahrscheinlich; denn bei einseitigem Auftreten spricht dieses Symptom für Hirnsyphilis, bei doppelseitigem für andere nichtsyphilitische Erkrankungen[1]).

Kurz zusammengefaßt läßt sich also sagen, daß alle Innervationsstörungen der Iris mit Ausnahme der Ophthalmoplegia interna bei Hirnsyphilis seltener vorkommen als bei Tabes und Paralyse. Genau umgekehrt verhalten sich die Lähmungen der äußeren Augenmuskeln, mag nun ein Muskel isoliert getroffen sein oder aber eine Okulomotoriusparese bezw. eine totale Ophthalmoplegie vorliegen. Bei der Paralyse und bei der Tabes sind diese Paresen verhältnismäßig — d. h. im Vergleich zur Hirnsyphilis — selten (Raecke gibt 18,2% an) oder treten doch nur vorübergehend auf. Dauernd wird nur die isolierte Lähmung des Levator palpebrae einigermaßen häufig (bei Tabes in 3—19% der Fälle) beobachtet.

Bei der Lues cerebri dagegen ist schon die reflektorische Starre da, wo sie überhaupt vorkommt, meist mit der Lähmung dieses oder jenes äußeren Augenmuskels verbunden (Uhthoff), und häufig stellt die Pupillenstörung — reflektorische Starre, Irislähmung, Ophthalmoplegia interna — überhaupt nur den Beginn einer komplizierten oder vollständigen Okulomotoriusparese bezw. das Überbleibsel einer solchen dar. Treten also in irgend einem Stadium der reflektorischen oder der absoluten Starre vorübergehend oder dauernd Ptosis, Ophthalmoplegia externa oder Abduzensparese — das sind wohl die häufigsten Augenmuskellähmungen — dazu, so spricht das mehr für Lues cerebri als für Paralyse. Noch mehr ist das der Fall, wenn überhaupt nur äußere Augenmuskeln gelähmt sind und die Lichtreaktion erhalten ist.

Spinale Symptome.

Hinsichtlich der übrigen neurologischen Krankheitszeichen der Paralyse darf daran erinnert werden, daß die Rückenmarksaffektionen, die greifbare klinische Erscheinungen hervorrufen, entweder in den Hinter- oder Pyramidenseitensträngen oder aber in beiden Fasersystemen zugleich gelegen sind. Die merkwürdig lebenskräftige Lehre, daß zur Diagnose der Paralyse das Fehlen der Patellarreflexe gehört, ist deshalb in dieser Form falsch. Nehmen wir an, daß die drei durch die beigefügten Zeichnungen angedeuteten, theoretisch

[1]) Daraus, daß die Binnenlähmung des Auges zunächst ein Symptom der Hirnsyphilis, nicht aber der Paralyse oder der Tabes ist, folgt aber natürlich nicht, daß diese Krankheiten nicht nach Jahren doch noch zum Ausbruch kommen könnten; im Gegenteil ist das nach Nonnes Erfahrungen sogar in der Mehrzahl der Beobachtungen der Fall. Übrigens können auch die reine Sphinkterlähmung und die reflektorische Starre der Paralyse bis zu 15 Jahren vorausgehen.

bestehenden Möglichkeiten gleich häufig verwirklicht wären, so müßten die Patellarreflexe bei Betrachtung aller Fälle doppelt so oft fehlen als gesteigert sein; denn die Unterbrechung des Reflexbogens läßt das Kniephänomen natürlich auch dann verschwinden, wenn in der Erkrankung der Pyramidenseitenstränge die Voraussetzungen für eine Steigerung der Reflexe vorher gegeben waren oder etwa nachträglich geschaffen wurden[1]). In Wirklichkeit verschwinden aber die Reflexe doch nur bei einer ganz bestimmten Lokalisation der Hinterstrangsdegeneration, während jede über dem Lendenmark gelegene Seitenstrangerkrankung zur Steigerung führt. Deshalb sind im Durchschnitt und erst recht im Beginn der Paralyse die Fälle mit gesteigerten Sehnenreflexen häufiger; Junius und Arndt fanden sie bei 63% der weiblichen und bei 54% der männlichen Fälle, während 25% resp. 29% aufgehobene und 12 bez. 16,3% normale Reflexe zeigten. Erst im weiteren Verlauf verschieben sich die Zahlen zugunsten des Westphalschen Zeichens, weil am Ende der Krankheit immer in beiden Bahnen, sicher aber in den Hintersträngen ausgedehnte Zerstörungen vorhanden zu sein pflegen.

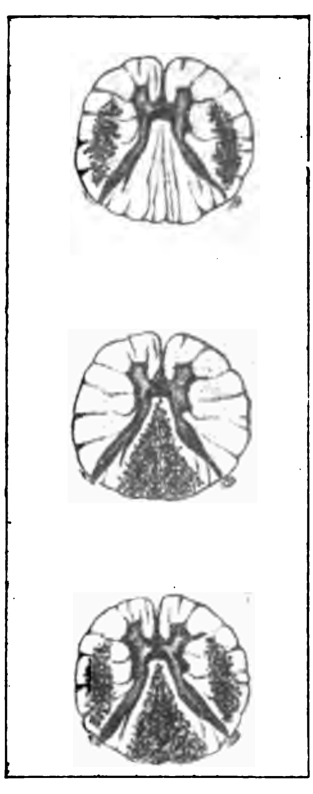


Abb. 80.
Systemerkrankungen bei Paralyse.

Im übrigen gilt für diese spinalen Symptome — allerdings im gesteigerten Maße — etwas Ähnliches wie für die Pupillen; eben weil sich die Paralyse nicht in einer so verhältnismäßig durchsichtigen und einfachen Systemerkrankung wie die Tabes erschöpft, treten ihre neurologischen Symptome nicht so rein in die Erscheinung wie bei der Rückenmarksschwindsucht. Selbstverständlich sehen wir dabei von den Fällen ab, in denen die Tabes jahrelang bestand, ehe die Paralyse hinzutrat. Unter diesem Vorbehalt kann man sagen: je verwaschener ein tabisches Syndrom wird, um so mehr gerechtfertigt ist der Verdacht auf Paralyse bezw. auf zerebrospinale Syphilis. Die subjektiven Klagen sind nicht so typisch, Krisen fehlen fast ganz, lanzinierende Schmerzen, Ameisenlaufen etc. spielen eine geringe Rolle. Ähnlich verhält sich der objektive Befund; Optikusatrophie ist recht selten — Gudden gibt 4,9%, Mendel 12% an —, und die spinalen Symptome stimmen nicht ganz zueinander oder weisen auf die gleichzeitige Erkrankung anderer Fasersysteme hin. So fehlen oft die Patellarreflexe, ohne daß sich Ataxie oder Sensibilitätsstörungen an den Beinen nachweisen lassen, oder die kombinierte Systemerkrankung äußert sich darin, daß Hypotonie anstatt mit einer Aufhebung mit einer Steigerung der Reflexe zusammentrifft (Heilbronner). Die Sen-

[1]) Freilich kommt es ganz ausnahmsweise vor, daß die Reflexe bei Paralyse wiederkehren, wenn die Pyramidenbahnen erkranken. In diesen Fällen war der Reflexbogen natürlich nicht ganz unterbrochen, sondern nur schwer geschädigt.

sibilitätsstörungen treten häufiger in Form einer allgemeinen Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Ablenkung der Aufmerksamkeit als in Gestalt typisch verteilter tabischer Ausfälle auf. Diagnostisch wertvoll sind dagegen kleine fleckweise Analgesien am Kopf und an der Brust.

Auch das voll entwickelte Bild der spastischen Spinalparalyse, wie man es bei der multiplen Sklerose so häufig sieht, ist bei Paralyse verhältnismäßig selten. Gewiß kleben die Kranken häufig mit den Füßen am Boden, aber gewöhnlich gehen sie zugleich breitbeinig wie die Senilen oder etwas ataktisch, und am regelmäßigsten findet man namentlich in späteren Stadien lediglich eine allgemeine motorische Schwäche, die sich mit Unsicherheit und Zittern paart. Eigentliche Kontrakturen treten erst spät auf, und der Babinskische Reflex wird häufig auch da vermißt, wo schon Fußklonus besteht.

Ziemlich reine Typen halbseitiger, zerebraler Lähmungen sehen wir dagegen im Anschluß an paralytische Anfälle (s. u.); hier fehlen dann, wenigstens solange die Lähmung selbst besteht, auch die charakteristischen Reflexstörungen selten. Ja, sie bleiben sogar häufig nach der Rückbildung der Lähmung allein übrig.

Von Erkrankungen der peripheren motorischen Nerven wurden die Augenmuskellähmungen schon erwähnt. Außer diesen sind häufig Ausfälle im Hypoglossus und Fazialis. Die Zunge wird zitternd, stoßweise herausgestreckt und weicht oft nach einer Seite ab; beim Zähne- und Zungezeigen oder auch schon beim bloßen Sprechen bleibt eine Gesichtshälfte zurück; als besonders typisch gilt schließlich mit Recht das Flackern der Gesichtsmuskeln, das hauptsächlich wieder beim Sprechen sowie bei Gemütsbewegungen auftritt. Die Schlaffheit der Gesichtszüge dagegen, die bei den meisten Paralytikern schon sehr früh auffällt, hat weniger neurologische als psychische Ursachen: in ihr kommen die innere Leere und die Energielosigkeit zum Ausdruck.

Sprache.

Einen besonderen diagnostischen Wert besitzen sodann die Veränderungen der Sprache, auf die allein der Erfahrene häufig eine subjektiv sehr sichere Diagnose gründet. Wir wollen dabei absehen von den aphasischen Störungen, die — wie andere Herdsymptome — bei Paralyse nicht ganz selten, wenn auch zumeist nicht in sehr reiner Form, beobachtet werden. Charakteristisch sind nur die artikulatorischen Störungen, die geradezu etwas Spezifisches haben.

Theoretisch ist wohl zuzugeben, daß bulbäre und pseudobulbäre Erscheinungen bei der Arteriosklerose ähnlich wirken können; praktisch wird man dadurch kaum in die Irre geführt werden. Eher kann die Verschwommenheit und das Zittern bei Alkoholisten oder das Überhaspeln und Sichüberstürzen bei Neuropathen gelegentlich Schwierigkeiten bereiten; aber im ganzen ist die Paralytikersprache mit dem Verlust der Klangfarbe, dem Mangel an Modulationsfähigkeit, der Unsicherheit in der Stimmstärke, dem Tremolo, dem Häsitieren und der Logoklonie (Kraepelin) so charakteristisch, daß eine Verwechselung mit irgend-etwas anderem kaum in Frage kommt. (Nur kann auch diese Störung aus psychogener Ursache sehr gut imitiert werden. Ich habe das kürzlich bei einem Kollegen erlebt, der während einer Morphiumentziehungskur neben einem Paralytiker gelegen hatte.) Die Konsonanten werden unscharf

ausgesprochen, die Silben ineinander verschmiert, ganz ausgelassen oder aber zwei-, dreimal oder noch öfter wiederholt[1]). In den Endstadien ist das Ergebnis ein Lallen, das uns häufig die Absichten des Kranken nur ahnen läßt, und das wir in ähnlicher Form nur in den schwersten Graden der (akuten), Alkohol- oder der (chronischen) Bromvergiftung zu Gesicht bekommen.

Zur Prüfung der Paralytikersprache sind bekanntlich seit langem bestimmte Paradigmata (dritte reitende Artilleriebrigade, Elektrizität, Dampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft) im Gebrauch. Man wird aber beachten müssen, daß nervöse und aufgeregte Menschen, und zwar zum guten Teil gerade diejenigen, die mit der Klage über ein Nachlassen ihrer geistigen Fähigkeiten, Ermüdbarkeit usf. in unsere Sprechstunde kommen, bei diesen Worten gelegentlich auch versagen. Zudem treten gewisse Einzelheiten der Paralytikersprache wie Veränderung des Stimmklanges, der Modulationsfähigkeit und des Rhythmus bei der einfachen Unterhaltung oder beim Vorlesen meistens noch besser zutage als bei einer solchen experimentellen Prüfung.

Von der Schrift der Paralytiker ist im allgemeinen Teil ausführlich die Rede gewesen. Auch in ihr vermischen sich beinahe immer psychische und körperliche Mängel. Buchstaben, Silben, Worte und halbe Sätze werden ausgelassen, wiederholt oder verstellt. Die äußere Form wird unsauber, schmierig, verklekst, und die Schriftzeichen werden ungleichmäßig und zittrig. Sehr selten verbessert der Paralytiker seine Fehler, so daß sich nicht nur der Mangel an ästhetischem Empfinden, sondern auch die Störung der Auffassung häufig aus einem einzigen Schriftstück erschließen lassen.

Anfälle.

Sodann wären als diagnostisch wertvolle Krankheitserscheinungen die paralytischen Anfälle zu besprechen. Als ihre allgemeine Ursache kann bekanntlich ein plötzliches Anschwellen des paralytischen Prozesses, also ein sehr schneller Zerfall von nervösen Elementen in der Hirnrinde angesehen werden. Dem entsprechen die Symptome und der Verlauf dieser Zufälle, die man beim Vorhandensein von motorischen Reizerscheinungen als epileptiforme, und wenn diese fehlen, als apoplektiforme bezeichnet. Der epileptiforme Anfall gehört in das Gebiet der Jacksonschen Epilepsie, beschränkt sich aber häufig auf ein verhältnismäßig enges Körpergebiet und kann viele Stunden, ja selbst Tage lang andauern, ohne daß das Bewußtsein erlischt. Am häufigsten sind der Fazialis und ein Arm betroffen. Breiten sich die Anfälle von ihrem Ausgangspunkt über den ganzen Körper aus, so kommt es gelegentlich zum Status paralyticus. Nicht selten sind übrigens auch Petit mal-Anfälle in Form von Schwindel, Ohnmacht, vorübergehender Sprachbehinderung; auch flüchtige Parästhesien an den Händen oder Füßen, Flimmerskotome und Hemianopsien müssen wohl hierher gerechnet werden.

Die apoplektiformen Anfälle verdanken ihren Namen der Aufeinanderfolge von Bewußtlosigkeit und Lähmung. Im Gegensatz zur echten Apoplexie sind aber die Lähmungen, die sie hinterlassen, meist sehr flüchtig und dauern oft nur wenige Stunden an; sie bilden sich gewöhnlich sogar dann zurück, wenn

[1]) Noch stärker ist die Logoklonie häufig bei der Alzheimerschen Krankheit ausgeprägt.



mehrere Insulte schnell nacheinander erfolgt sind. Das führt gelegentlich zu einer günstigen prognostischen Beurteilung dieser „Schlaganfälle", die sehr unangebracht ist. Außer eigentlichen Lähmungen, die gewöhnlich monoplegischer, seltener hemiplegischer Art sind, beobachten wir übrigens auch Hemianopsie, Tastlähmungen, Aphasie und artikulatorische Sprachstörungen. — Cl. Neisser hat übrigens mit Recht darauf hingewiesen, daß ausnahmsweise auch Anfälle von rein bulbärem oder spinalem Charakter vorkommen.

Über die Differentialdiagnose der paralytischen Anfälle ist dem bisher Gesagten wenig hinzuzufügen. Die echte Epilepsie setzt in dem Alter, das für die Paralyse in Betracht kommt, selten mehr ein. Andere Ursachen einer symptomatischen Epilepsie (Tumor, Hirnlues, Alkoholismus, Enzephalitis, Arteriosklerose, Urämie, Diabetes etc.) müssen durch eine interne und neurologische Untersuchung ausgeschlossen werden. Auf die luetische Spätepilepsie werden wir unten noch eingehen.

Blutserum und Liquor.

Damit wenden wir uns zu den Untersuchungsarten, die heute die Diagnose der Paralyse in erster Linie beherrschen: zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit und des Blutserums.

Nonne bezeichnet als typisch für Paralyse:

1. Wassermannreaktion im Blut positiv (fast in 100%); Lumbaldruck häufig erhöht.
2. Phase I Reaktion positiv (in ca. 95—100%).
3. Lymphozytose positiv (in ca. 95%).
4. Wassermann im Liquor:
   a) positiv in ca. 80—90% bei Anstellung der Originalmethode (0,2 ccm Liquor);
   b) in 100% bei Verwendung großer Liquormengen.

Dazu ist im Anschluß an Nonne folgendes zu bemerken: Lymphozytose und Eiweißreaktionen für sich allein zeigen zunächst nur, daß eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems überhaupt vorliegt. Erst wenn die Wassermannreaktion, und zwar im Liquor, nachgewiesen wird, steht die syphilitische Natur dieses Leidens außer Zweifel. Umgekehrt beweist, wenn die Syphilis feststeht, die bloße Lymphozytose ohne Eiweißreaktion nicht allzu viel. Sie kommt (in 40% der Fälle) auch bei Sekundär-Luetischen vor und erreicht bei ihnen sogar recht hohe Werte, und sie findet sich, hier allerdings stets nur in sehr mäßigem Grade, auch bei anscheinend ausgeheilter Syphilis. Die häufigen Fälle, in denen ein Syphilitiker mit neurasthenischen Klagen und hypochondrischen Befürchtungen zu uns kommt, vermag also die bloße Lymphozytose nur dann (als Paralysen) aufzuklären, wenn sie hochgradig ist und mit Phase 1. zusammen auftritt. Ebenso steht es leider mit der luetischen Spätepilepsie, die natürlich von früh auftretenden paralytischen Anfällen nicht leicht abgegrenzt werden kann. (Nur spricht es besonders für Paralyse, wenn im Liquor neben Leukozyten auch Plasmazellen gefunden werden [Kraepelin]).

Umso wertvoller sind die Eiweißreaktionen. Die Phase 1. fällt bei sekundärer Lues und ebenso bei Neurosen, auch wenn sie Luetiker betreffen, immer negativ aus. Sie findet sich also nur bei organisch Kranken und beweist,

wenn gleichzeitig der Wassermann im Liquor positiv ist, daß es die Syphilis ist, die das Nervensystem organisch verändert hat. Weitere Schlüsse läßt die Reaktion freilich — für sich allein — nicht zu. Die Unterschiede, die in dieser Hinsicht zwischen Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis bestehen, sind verschwindend klein und praktisch nicht brauchbar.

Ob eine (durch Lymphozytose und Phase 1. bestätigte) Erkrankung des Nervensystems überhaupt syphilitisch ist oder nicht, entscheidet wie gesagt einzig und allein der Wassermann im Liquor. Aber in dieser Beziehung verhalten sich die verschiedenen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nicht gleich. Im Liquor von Paralytikern ist die Wassermannsche Reaktion, und zwar schon bei Anwendung der Originalmethode mit 0,2 ccm, so gut wie immer, nämlich in 80—90 % der Fälle, positiv, während für die Tabes 5—10 % und für die zerebrospinale Syphilis 10 % angegeben werden. Erst bei der Verwendung hoher Liquormengen verhalten sich nicht nur alle Paralysen, sondern auch fast alle Fälle von Tabes und Hirnsyphilis positiv. Noch seltener als im Liquor versagt die Wassermannreaktion bei Paralyse im Blut — jedoch besteht darin ein erheblicher Unterschied den anderen syphilitischen Gehirn-Rückenmarksleiden gegenüber nicht. Bei Paralyse ist der Wassermann im Blut „beinahe immer" positiv, für Tabes werden 60—70% und für Lues cerebrospinalis 80—90% angegeben.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß das Zusammentreffen der „4 Reaktionen" mit erheblicher Wahrscheinlichkeit für Paralyse spricht. Nur höchstens 10% der Fälle von Tabes und Zerebrospinalsyphilis verhalten sich nicht nur inbezug auf die übrigen Reaktionen, sondern auch hinsichtlich des Wassermann im Liquor genau so wie die Paralyse. Immerhin reicht dieser Prozentsatz aus, um uns im Einzelfalle große Schwierigkeiten zu bereiten. Diese Schwierigkeiten beziehen sich aber doch streng genommen nur auf die Hirnlues, da wir leichte psychische Störungen auch in beginnenden Fällen von Paralyse so gut wie immer finden und damit die Tabes beinahe ganz ausschließen können. Für die Unterscheidung der Paralyse von den meisten Formen der Lues cerebrospinalis bleibt uns aber, wenn alles andere versagt, immer noch der Versuch einer Therapie. Daß wir sie ohne diesen Versuch häufig nicht treffen können, ist zuzugeben.

Eine ganz andere Frage ist aber die, ob uns nicht alle vier Reaktionen ausnahmsweise auch einmal bei der Paralyse im Stich lassen können. Nach den mitgeteilten Zahlen ist es klar, daß das Fehlen auch nur einer Reaktion im Zweifelfall gegen Paralyse in die Wagschale fällt. Aber immer fallen die vier Reaktionen doch auch bei Paralyse nicht positiv aus; selbst für den Wassermann im Blut hat Nonne nur „fast" 100% angegeben; und auch davon muß man die Remissionen und die stationären Formen ausnehmen. Daß jede einzelne Reaktion versagen kann, steht also fest; können sie ausnahmsweise auch einmal alle vier fehlen? Bei der Tabes, sagt Nonne, kämen solche Fälle doch etwas häufiger vor, als man früher geglaubt hätte. Steht es mit der Paralyse ebenso? Ich wage nicht die Frage zu entscheiden und habe sie auch in der Literatur nicht sicher beantwortet gefunden; in den meisten Arbeiten ist sie gar nicht aufgeworfen worden. Aber ich möchte doch darauf hinweisen, daß mir in Breslau zwei Fälle begegnet sind, in denen wir vor Einführung dieser Methoden sicherlich Paralyse diagnostiziert haben würden, und in denen alle vier Reaktionen vermißt

worden sind. Da die Fälle noch nicht zur Sektion gekommen sind, läßt sich ihre Diagnose vorläufig nicht beweisen. Handelt es sich um Paralysen, so werden sich die Reaktionen wahrscheinlich noch einstellen[1]). Aber in diesem Falle würde doch feststehen, daß uns die „vier Reaktionen" im Beginn der Paralyse unter Umständen durch ihren negativen Ausfall auf eine falsche Fährte zu bringen vermöchten. Deshalb erscheint mir der Rat, den Sarbo und Nonne geben, nach wie vor wertvoll: „daß die Klinik uns weiter Führerin bei der Diagnose bleiben muß und bleiben wird, und daß nichts verkehrter sein würde, als bei der Differentialdiagnose eines dubiösen Falles bewährte klinische Erfahrungen zugunsten der serologischen, mikroskopischen und chemischen Untersuchungsresultate zurückzuschieben".

Verlauf.

Ehe wir auf die Differentialdiagnose der Paralyse einzelnen Krankheiten gegenüber eingehen, seien noch einige Bemerkungen über den Verlauf eingeschaltet, der bei atypischer Gestaltung die Diagnose erschweren kann. Bekanntlich beträgt die Inkubationszeit zwischen der syphilitischen Infektion und dem Beginn der Paralyse im Durchschnitt sechs bis elf Jahre. Es steht aber fest, daß die Erkrankung der Infektion ausnahmsweise sehr viel früher oder sehr viel später folgen kann. Daß dem Auftreten der psychischen Erscheinungen eine reflektorische Pupillenstarre, eine Augenmuskellähmung oder das voll ausgeprägte Bild der Tabes dorsalis zuweilen um Jahre vorausgehen, wurde schon erwähnt. Auch Psychosen finden wir ausnahmsweise in der Anamnese von Paralytikern, ohne daß sich immer bestimmt sagen ließe, ob sie schon Vorboten der späteren Hirnerkrankung gewesen sind.

Der Ausgang der Krankheit ist bekanntlich der Tod nach vorausgegangenem psychischem und körperlichem Verfall. Im Durchschnitt vergehen von der Erkennung des Leidens bis zum Ende nicht mehr als zwei bis drei Jahre. Mehr als 50 % der Kranken gehen in den ersten zwei Jahren, manche Fälle — sogenannte galoppierende Paralysen — in wenigen Wochen zugrunde. Diese statistischen Daten ändern aber daran nichts, daß die Paralyse ausnahmsweise auch viel länger, bis zu zwanzig und dreißig Jahren, bestehen kann. Einen Fall, in dem die Krankheit durch zweiunddreißig Jahre hindurch ganz langsam fortgeschritten war, hat Alzheimer anatomisch bestätigt. Diesen Beobachtungen, in denen nur das Tempo des paralytischen Prozesses verändert ist, reihen sich nun aber noch vereinzelte andere an, in denen die Krankheit wirklich zum Stillstand gelangt war. Daß eine solche stationär gewordene Paralyse nicht doch noch aufgeflackert wäre, wenn der Patient noch länger gelebt hätte, wird sich freilich auch nach zwanzigjährigem Stillstand niemals sicher behaupten lassen.

Viel häufiger als sehr langsam verlaufende oder gar stationär werdende Paralysen sind Remissionen. Die Zahlen, die darüber angegeben werden, schwanken zwischen 10 und 17 %; sie sind also hoch genug, um uns bei der Prognosenstellung den Angehörigen gegenüber zu einiger Vorsicht zu mahnen. Die wissenschaftliche Betrachtung wird freilich den Remissionen etwas skepti-

[1]) Anm. bei der Korrektur. Das ist inzwischen bei einem der im Text erwähnten und bei einem dritten ähnlichen Fall eingetreten.

scher gegenübertreten dürfen. Das Wesen der Paralyse besteht in einem fortschreitenden Zerfall des nervösen Gewebes, dem ein gradweises Sinken der nervösen Leistungsfähigkeit entspricht. Daß dieser Vorgang vorübergehend zum Stillstand kommen kann, ist leicht zu begreifen. Dagegen wird man angesichts der Ergebnislosigkeit aller bisherigen therapeutischen Versuche und angesichts der anatomischen Befunde schwer glauben können, daß sich der Prozeß als solcher zurückzubilden vermöge. Auf der anderen Seite läßt sich an der Tatsache, daß sich schwer kranke Paralytiker gelegentlich noch wesentlich bessern, nicht rütteln.

Bei näherem Zusehen stellt sich nun heraus, daß sich Remissionen bei der Paralyse am häufigsten unmittelbar an Exazerbationen anschließen, so daß man mit Schröder sagen kann, die Remissionen kommen zu einem sehr großen Teil dadurch zustande, daß akute Exazerbationen abklingen und das Symptomenbild zu dem status quo ante zurückkehrt. Schröder hat an eigenen Krankengeschichten gezeigt, daß den Remissionen fast immer delirante, katatone oder manische Erregungen vorausgegangen waren. Es mag dahingestellt bleiben, ob und wie häufig die Paralyse in solchen Fällen mit einer psychopathischen (manisch-depressiven) Anlage zusammengetroffen oder aber die Erregung allein durch das paralytische Gift selbst ausgelöst worden war. Diagnostisch wichtig ist nur die Feststellung, daß wir mit Remissionen nicht bei der einfach-dementen, sondern nur bei den exaltierten Formen der Paralyse zu rechnen haben, und daß sich Intelligenzdefekte, die bei mehrfacher und durch akute Symptome nicht gestörter Untersuchung aufgefunden worden sind, nicht mehr zurückbilden.

Differentialdiagnose.

Die Differentialdiagnose der Paralyse ist am schwierigsten der Hirnsyphilis gegenüber. Freilich verhalten sich in dieser Beziehung nicht alle Formen der Lues cerebrospinalis gleich. Handelt es sich um Gummata im Gehirn, die klinisch als Tumor imponieren, so werden daraus selten — am ehesten noch der Lissauerschen Form der Paralyse[1]) gegenüber — Schwierigkeiten entstehen. Besonders zu beachten ist, daß die infolge einer Drucksteigerung im Schädelinnern benommenen Kranken intellektuell zumeist viel Besseres leisten können, als sie selbst glauben, und als es zunächst den Anschein hat; bei der Paralyse ist es umgekehrt. Ebenso wird sich die basale luetische Meningitis fast immer leicht von der Paralyse abgrenzen lassen; die Hirnerweichung schädigt wie gesagt in erster Linie den Fazialis, den Hypoglossus und die Pupilleninnervation; an der basalen Hirnlues sind fast immer die äußeren Augenmuskeln (Ptosis, Ophthalmoplegia externa, Abduzens-Parese) beteiligt. Für die syphilitische Endarteriitis, die Kraepelin geradezu als „apoplektiforme Hirnlues“ bezeichnet, gelten dieselben Gesichtspunkte wie für die Hirnarteriosklerose: die Kranken werden kaum jemals so gleichmäßig dement wie Paralytiker und zeigen fast regelmäßig eine ziemlich weit gehende Einsicht für ihre Krankheitssymptome.

Weit größere Schwierigkeiten bereitet uns gelegentlich die diffuse syphi-

[1]) Bei dieser handelt es sich um eine Lokalisation des paralytischen Prozesses vornehmlich in der motorischen Rinde.



litische Meningoenzephalitis. Das psychische Bild dieser Fälle, für die der Name syphilitische Pseudoparalyse recht eigentlich zutrifft und die sich auch anatomisch nicht ganz scharf gegen die Paralyse absetzen, entspricht im großen und ganzen der einfach dementen Form der Paralyse. Wohl erweisen sich bei der Betrachtung vieler Fälle die Bewußtseinstrübung als etwas größer, die Merk- und Urteilsschwäche als etwas geringer als bei der Gehirnerweichung; die Kranken sind nicht so indolent und namentlich ihren eigenen Krankheitssymptomen gegenüber nicht so gleichgültig; die psychischen Ausfälle betreffen nicht so gleichmäßig die gesamte Persönlichkeit, und wie Hoche es ausdrückt: es fehlt der Schleier, der über dem Wesen fast aller Paralytiker liegt. Aber diese Unterscheidungsmerkmale lassen uns im Einzelfall doch nicht ganz selten im Stich, und sogar die deliriösen Bilder mit Verwirrtheit und Unorientiertheit sowie die amnestischen Symptomenkomplexe, die im Verlauf der Pseudoparalyse ziemlich häufig sind, kommen in ganz gleicher Gestalt, wenn auch viel seltener, bei der Paralyse vor.

Markanter sind immerhin die körperlichen Unterscheidungsmerkmale. Auch diese Form der Hirnsyphilis wird im großen und ganzen mehr durch Herdsymptome gekennzeichnet; Zwangslachen, Zwangsweinen, Krampfanfälle, die häufig die Delirien einleiten, und schwere Lähmungen werden beobachtet. Die Sprachstörung nimmt mehr die Form der Aphasie oder der Pseudo-Bulbärparalyse an, und dafür ist die echte reflektorische Pupillenstarre sehr selten. Aber namentlich im Anfang kann das neurologische Bild dem der Paralyse doch genau gleichen, und da, wie wir sahen, auch das Verhalten des Blutserums und der Lumbalflüssigkeit nicht immer charakteristisch ist, so muß die Differentialdiagnose in der Tat gelegentlich lange offen gehalten werden. Nur dieser Möglichkeit wegen leite ich nahezu in jedem beginnenden Falle von Paralyse eine antisyphilitische Kur ein. Versagt diese, so wird die Pseudoparalyse sehr unwahrscheinlich, nur darf nicht vergessen werden, daß auch diese Form der Hirnsyphilis gelegentlich auf Quecksilber nicht reagiert. — Im weiteren Verlauf wird sich das Bild freilich meist klären. Die Pseudoparalyse führt zwar, wenn sie nicht durch rechtzeitige Behandlung geheilt oder aber durch gehäufte Anfälle, Herzschwäche etc. frühzeitig beendigt wird, auch zu einer tiefen Verblödung, aber sie verläuft langsamer und unregelmäßiger, und, während bei der Paralyse Herdsymptome verhältnismäßig spät auftreten und der Störung der Persönlichkeit fast immer erst nachfolgen, treten solche Lokalsymptome hier gewöhnlich gerade später in den Hintergrund. Dadurch kann es übrigens nach jahrelangem Bestehen der Krankheit schwierig werden, die Ursache der Verblödung klarzustellen. Namentlich der Alzheimerschen Krankheit und, wenn der Gedankengang faselig geworden ist, der Schizophrenie gegenüber ist die Differentialdiagnose einer abgelaufenen Pseudoparalyse nicht immer ganz leicht.

Recht große Schwierigkeiten bereitet uns endlich die Tatsache, daß psychische Veränderungen bei Tabikern verhältnismäßig häufig vorkommen. Die meisten schweren Fälle von Rückenmarksschwindsucht werden durch eine gewisse Veränderung der psychischen Persönlichkeit kompliziert. Wie viele chronisch Kranke werden die Patienten egoistisch und rücksichtslos, und sie entwickeln dabei häufig eine nörgelnde Reizbarkeit, die beinahe etwas Spezifisches hat. Andere wieder sind gedrückt und traurig, und eine dritte Gruppe

endlich überrascht gerade durch die unbegreifliche Euphorie, mit der sie ihr Leiden hinnimmt. Da nun die Paralyse der Tabes bekanntlich in jedem Stadium ihres Verlaufes nachfolgen kann, und da jede psychische Veränderung den Verdacht einer beginnenden Paralyse rechtfertigt, sind schon diese leichten seelischen Veränderungen für die Diagnose gelegentlich recht unbequem. Noch schwieriger wird natürlich die Sachlage, wenn ein Tabiker manisch wird oder an einem ausgesprochenen Depressionszustand erkrankt. Namentlich das erstere ist aus nicht ganz aufgeklärten Gründen[1]) häufiger der Fall, als nach den Wahrscheinlichkeitsregeln erwartet werden dürfte, und wenn ein manisch erregter Kranker reflektorische Pupillenstarre zeigt und aus neurologischen Ursachen unter sich gehen läßt, so wird man eine gelegentliche Fehldiagnose kaum vermeiden können. Noch häufiger ist freilich das Umgekehrte, daß eine manische Erregung, die der Tabes verhältnismäßig spät folgt und mit einer deutlichen Verblödung nicht einhergeht, nicht als Symptom der Paralyse erkannt wird. Bei Größenideen, die nicht bloß in spielerischer Absicht vorgetragen, sondern wirklich mit Überzeugung vertreten werden, handelt es sich so gut wie immer um Paralyse. Daß die paralytische Euphorie in ihrer typischen blanden Gestalt mit der manischen Stimmungslage nur eine gewisse äußere Ähnlichkeit besitzt, braucht nicht eigens hervorgehoben zu werden.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Differentialdiagnose in dem Augenblick entschieden, in dem eine sichere Demenz nachgewiesen werden kann. Aber leider kommen auch in dieser Hinsicht Ausnahmen vor; denn es gibt eine langsam fortschreitende, gewöhnlich nicht sehr schwere Verblödung auch bei Tabikern, und zwar selbst dann, wenn sie nicht gleichzeitig Trinker sind. So ist der Satz von Gaupp und Alzheimer zu verstehen: fast jede, aber doch eben nicht jede Demenz bei Tabes ist paralytisch.

In neuerer Zeit scheint es zu gelingen, bei Syphilitikern überhaupt, aber speziell bei Tabikern gewisse charakteristische Psychosen abzugrenzen. Es handelt sich dabei entweder um verhältnismäßig flüchtige Zustände von halluzinatorischer Erregung mit Unorientiertheit und dem Anschein intellektueller Schwäche oder um halluzinose-ähnliche, paranoisch gefärbte Psychosen, in denen vorwiegend akustische Sinnestäuschungen, Beeinträchtigungsideen und ängstliche Erregungen bei erhaltenem Bewußtsein auftreten, und die erst nach Wochen oder Monaten abklingen, um sich eventuell später zu wiederholen („Halluzinosen der Syphilitiker", Plaut). Man wird kaum sagen können, daß ähnliche Zustände bei Paralyse nicht vorkämen, aber im Zweifelsfall sprechen sie doch mehr für eine Tabespsychose. Um so schwerer sind sie natürlich von Halluzinosen anderer Ätiologie abzugrenzen.

Von der Differentialdiagnose der Hirnarteriosklerose gegenüber war oben schon kurz die Rede. Der Hauptunterschied liegt in der Ungleichmäßigkeit der arteriosklerotischen Demenz, und, was damit zusammenhängt, in dem vollkommen anderen Verhältnis, das die Kranken ihren psychischen Ausfällen gegenüber besitzen. Der Kern der Persönlichkeit bleibt erhalten (Hoche), und zwar selbst dann noch, wenn die Kranken schon längst vollständig leistungsunfähig geworden sind. Dazu kommen neurologische Unterschiede hinsichtlich der Pupillen, der Sprache etc., auf die hier nicht noch einmal eingegangen

[1]) Ein möglicher Zusammenhang wäre der, daß periodisch Manische sich häufiger als andere Menschen infizieren und deshalb mehr Aussichten haben, tabisch zu werden.



zu werden braucht, sowie das abweichende Verhalten von Blutserum und Zerebrospinalflüssigkeit.

Die Dementia senilis wird — sc. von Sachverständigen — verhältnismäßig selten mit der Paralyse verwechselt. Gewöhnlich schützt uns schon die Berücksichtigung des Lebensalters vor diesem Irrtum, wenn auch darin Ausnahmen nach beiden Seiten hin vorkommen; denn es gibt (bei Spätinfizierten) Spätparalysen ebenso wie ein Senium praecox. Sodann bestehen ziemlich erhebliche Unterschiede im psychischen Bild, auf die im allgemeinen Teil (Demenz) schon hingewiesen worden ist. Und endlich fehlen bei der senilen Demenz doch nahezu alle für Paralyse charakteristischen körperlichen Veränderungen.

Die Verwechselung der multiplen Sklerose mit der Hirnerweichung ist bei genauer Untersuchung unter Berücksichtigung moderner Untersuchungsmethoden kaum möglich. Die Idiotie kann nur dann Schwierigkeiten machen, wenn die Möglichkeiten einer juvenilen Paralyse und eines angeborenen Schwachsinns auf syphilitischer Basis gegeneinander abgewogen werden müssen. Hirntumoren, traumatische und infektiöse Demenzen endlich lassen sich durch die Lumbalpunktion und die Wassermannsche Reaktion leicht ausschließen. Findet sich ausnahmsweise einmal eine Gehirngeschwulst bei einem Syphilitiker, so können Zweifel doch fast nur der Lissauerschen Paralyse gegenüber, auftauchen.

Etwas eingehender muß die Abgrenzung der alkoholistischen Degeneration von der Paralyse besprochen werden. Für die Fortschritte, die die Diagnose der Gehirnerweichung in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, ist es bezeichnend, daß wir heute kaum jemals in die Verlegenheit kommen, an die Diagnose einer „alkoholistischen Pseudoparalyse", von der die ältere Psychiatrie verhältnismäßig oft sprach, auch nur zu denken. Daß aber in der Sprechstunde ein verfallener Trinker mit lallender Sprache, starker Merkschwäche, stumpfem Gesichtsausdruck, schlaffer Haltung und vernachlässigtem Anzug, mit flackerndem Fazialis, lebhaften oder aufgehobenen Sehnenreflexen und schlechter Lichtreaktion auf den ersten Blick recht paralytisch aussehen kann, ist ohne weiteres zuzugeben. Ein großer Teil dieser Erscheinungen bildet sich aber bekanntlich unter der erzwungenen Abstinenz des Krankenhausaufenthaltes schnell zurück. Dazu fehlen die spezifischen Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit und, wenn keine Syphilis vorliegt, natürlich auch die des Blutes.

Übrigens treten im Verlauf der Paralyse gelegentlich auch tiefe Bewußtseinstrübungen auf, die dem Delirium tremens stark gleichen können. Zuweilen handelt es sich dabei einfach um ein Delirium tremens bei einem Paralytiker; es kommen aber ähnliche Zustände auch bei Kranken vor, die zum mindesten schon lange nicht mehr viel getrunken haben können. Für diese Fälle hebt Kraepelin als Unterscheidungsmerkmal die stärkere Benommenheit und das Fehlen des spezifischen Trinkerhumors hervor. — Daß das Korssakowsche Syndrom nicht spezifisch-alkoholistisch ist, sondern gelegentlich auch im Verlauf der Paralyse beobachtet wird, wurde bereits erwähnt.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit der Paralyse besitzen endlich manche Fälle von schwerer morphinistischer Degeneration. Bei näherer Untersuchung werden sich aber die Unterschiede sehr bald herausstellen. Dasselbe gilt für die „Bleiparalysen" der älteren Literatur. Auch hier ist nur das zuzugeben,

daß die schwere Bleidemenz mit amnestischen Symptomen, Herderscheinungen und epileptischen Anfällen dem Bilde der Paralyse äußerlich gleichen kann.

Daß die schwere Bromvergiftung vorübergehend den paralytischen Habitus vorzutäuschen vermag, ist schon im allgemeinen Teil hervorgehoben worden. Besonders die leichte Benommenheit, der Tremor, die schlaffen Gesichtszüge und die Sprache bedingen die Ähnlichkeit. Alle diese Erscheinungen treten bei Entziehung des Mittels sehr schnell zurück.

Schwerer als man nach manchen Lehrbuchdarstellungen annehmen könnte, ist zuweilen die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Katatonie. Die Paralyse verläuft oft ziemlich lange unter katatonischen Symptomen, und wenn uns dann die vier Reaktionen eine Zeitlang im Stich lassen, so wird man eine Fehldiagnose kaum vermeiden können. Daß sie erst recht nahe liegt, wenn die Dementia praecox mit einer syphilitischen Infektion zusammentrifft, versteht sich von selbst. Auf die Gesichtspunkte, die uns gewöhnlich die Unterscheidung doch treffen lassen, braucht nicht wieder eingegangen zu werden.

Schließlich noch wenige Worte über die funktionellen Krankheiten. Daß gerade die Paralyse verhältnismäßig reine manische Zustandsbilder hervorzubringen vermag, ist schon betont worden. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten entstehen daraus natürlich nur, wenn die Manie mit einer Tabes oder wenigstens mit einer syphilitischen Infektion zusammentrifft, oder wenn umgekehrt die Paralyse eine Zeitlang ohne die vier Reaktionen verläuft. Bei der Melancholie ist es die Hemmung, die gelegentlich eine Demenz und damit eine Paralyse vortäuscht. Auch hier wird die körperliche Untersuchung die Entscheidung fast immer schnell treffen lassen.

Die Hysterie kann nur ganz ausnahmsweise, und dann fast nur bei Unfallverletzten Schwierigkeiten bereiten. Die „Pseudodemenz“ dieser Kranken unterscheidet sich jedoch psychologisch so sehr von der paralytischen Verblödung, daß Fehldiagnosen auch ohne körperliche Untersuchung kaum vorkommen könnten.

Etwas ausführlicher muß die Neurasthenie[1]) erörtert werden. Für die theoretische Betrachtung scheinen auch hier die körperlichen Krankheitszeichen der Paralyse und insbesondere die serologischen Symptome differentialdiagnostische Zweifel nicht offen zu lassen. Praktisch besteht aber die recht unangenehme Tatsache, daß Pupillen- und sonstige Reflexstörungen im ersten Stadium der Paralyse häufig noch fehlen, und daß auch die 4 Reaktionen nicht immer von vornherein positiv auszufallen brauchen; dazu kommt auf der anderen Seite, daß neurasthenische Zustände mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit gerade bei syphilitisch Infizierten beobachtet werden („syphilitische Neurasthenie“). Insofern beweist der positive Ausfall der Wassermann-Reaktion im Blut allein wenig. Die Lumbalpunktion aber können wir schon der subjektiven Wirkung wegen nicht bei jedem Neurastheniker vornehmen, und so werden wir doch nach wie vor auf die psychologischen Unterschiede der beiden Krankheiten Wert legen müssen. Über diese ist folgendes zu sagen: Wenn man die Klagen im Beginn beider Krankheiten einfach registriert, so scheinen sie sehr weitgehend übereinzustimmen. Schlafstörung, Ermüdbarkeit, gelegentliche Schwierigkeiten der Wortfindung, depressive Stimmung, Angst, schweres

[1]) Der Ausdruck umfaßt auch an dieser Stelle alle neurasthenischen Reaktionen, also die exogenen ebenso wie die rein endogenen.



Krankheitsgefühl, Reizbarkeit, Kopfweh, Schwindel, Herzbeschwerden, Verdauungsstörungen werden hier wie dort angegeben. Auch das Flackern im Gesicht, der Tremor der Zunge und Hände und die Pulslabilität können in beiden Fällen bestehen. Diese Übereinstimmung bezieht sich aber wie gesagt eigentlich mehr auf den Bericht über die Symptome als auf die Krankheitserscheinungen selbst. Wer genau zusieht, wird fast immer Unterschiede sowohl im subjektiven wie im objektiven Verhalten auffinden. Der Neurastheniker glaubt intellektuell leistungsunfähig und gedächtnisarm zu sein, aber er ist es nicht; der Paralytiker bemerkt selbst große Mängel nicht und setzt sich gleichgültig darüber hinweg, wenn er auf sie aufmerksam gemacht wird. Der Nervöse beobachtet sich bis ins kleinste und saugt aus jeder Mißempfindung hypochondrische Befürchtungen; der Paralytiker erinnert sich kaum an so beunruhigende Ereignisse wie an den ersten epileptischen Anfall, und selbst wenn er hypochondrisch ist, vermag er von seinen Beschwerden gar keine oder zu verschiedenen Zeiten doch nur ganz widersprechende Beschreibungen zu geben. Gerade darin besteht ein starker Gegensatz zu den hypochondrischen Virtuosen, den Neurasthenikern. Der Paralytiker klagt kaum je darüber, daß er nicht mehr denken könne, wird ihm aber ein grober Defekt nachgewiesen, so hat er gleich eine Erklärung zur Hand, die ihn beschönigen soll. Der Neurastheniker nimmt ein Notizbuch zu Hilfe, um ja nichts zu vergessen, was den Arzt irgend interessieren könnte; dem Paralytiker kann es passieren, daß er die Antwort auf die Frage, warum er denn gekommen sei, schuldig bleiben muß. Auch er schreibt übrigens gelegentlich etwas auf, aber er erinnert sich nachher nicht daran, daß er es aufgeschrieben hat. — Über die neurologischen Symptome ist dem früher Gesagten nichts hinzuzufügen. Eine gewisse Unruhe der Gesichtsmuskulatur, ein Tremor der Hände, eine sich überhastende Sprache und lebhafte Reflexe beweisen natürlich nichts. Jede sichere Pupillenanomalie dagegen und ein einwandfreier Babinski verändern die Sachlage sofort.

VI. Dementia praecox.

Begriffsbestimmung.

Unter der Bezeichnung Dementia praecox oder Schizophrenie fassen wir verhältnismäßig zahlreiche Krankheitsfälle zusammen, deren gemeinsame Eigentümlichkeit ein in jungen Jahren ohne erkennbare Ursache einsetzender Verfall der geistigen Persönlichkeit bildet. Der Name Dementia praecox ist insofern nicht glücklich gewählt, als diese Verblödung nicht in allen Fällen sozial merkbar zu werden braucht und als sie da, wo sie eintritt, nicht immer vor dem vierten Jahrzehnt beginnt. Im übrigen bleibt die Frage offen, ob der heutige Begriff der Dementia praecox überhaupt nur eine Krankheit umfaßt. Die sehr erheblichen Varianten des klinischen Verlaufs ebenso wie die Tatsache, daß einzelne Zustandsbilder der Dementia praecox auch bei anderen Krankheiten (Vergiftungen, Infektionen etc.) beobachtet werden, lassen daran denken, daß die bis jetzt bekannten Symptome „der“ Dementia praecox möglicherweise ganz allgemeine Reaktionsformen darstellen, mit denen das Gehirn auf verschiedene — vielleicht endotoxische — Schädlichkeiten antwortet. Freilich haben wir durch Alzheimer auch gewisse anatomische Veränderungn der Hirnrinde bei schwer verblödeten Fällen von Dementia praecox kennen gelernt, aber auch diese Veränderungen, die eher das Endergebnis eines destruktiven Vorgangs als einen noch im Gange befindlichen charakteristischen Prozeß selbst darstellen, lassen die Möglichkeit durchaus zu, daß hier ätiologisch verschiedene Krankheiten aus irgendwelchen Gründen übereinstimmende oder ähnliche Krankheitssymptome veranlassen.

Nicht wahrscheinlich ist allerdings, daß diese verschiedenen Krankheiten mit den Unterformen identisch sind, in die man die Dementia praecox bisher einzuteilen versucht hat. Wenn wir auch heute noch von einer Dementia simplex sprechen, und ihr u. a. katatonische, hebephrenische und paranoide Verlaufsformen der Schizophrenie gegenüberstellen, so geschieht das lediglich zur gegenseitigen Verständigung für praktische Zwecke. Die Symptome, die für diese Verlaufsformen charakteristisch sein sollen, vermengen sich in viel zu zahlreichen Fällen, als daß sie bei einer etwaigen späteren Auflösung des Dementia praecox-Begriffs irgendwie ins Gewicht fallen könnten. Überhaupt wird die Frage nach der Zusammengehörigkeit der heute als schizophren bezeichneten Krankheitsformen vertagt werden müssen, bis wir über die Pathogenese des Leidens bzw. der verschiedenen hier in Betracht kommenden Krankheiten etwas Zuverlässiges wissen. Vielleicht lernen wir einmal Unterscheidungsmerkmale körperlicher Art kennen, die nach heutigen Anschauungen wohl am ehesten mit Störungen der inneren Sekretion zusammenhängen dürften.

Symptome.

Vorläufig jedoch werden wir den Krankheitsbegriff der Schizophrenie unangetastet lassen und deshalb nach Symptomen suchen müssen, die wir in allen hierher zu rechnenden Fällen wiederfinden. Allerdings gibt es, wie Kraepelin meint, kein Krankheitszeichen, dessen (einmalige) Feststellung die Schizophrenie mit absoluter Sicherheit beweist, wohl aber kennen wir Symptome, die wenigstens bei längerer Beobachtung in keinem Falle ganz vermißt werden. Diese Symptome sind die eigentümliche Zerfahrenheit des Denkens und die paradoxen gemütlichen Reaktionen. Beide sind früher ausführlich besprochen worden, und wir werden, um Wiederholungen zu vermeiden, uns jetzt mit einigen prinzipiellen Erörterungen begnügen dürfen.

Schizophrene Gedanken können so charakteristisch sein, daß die Diagnose gelegentlich durch eine einzige Bemerkung des Patienten gesichert wird. Andererseits machen aber Dementia praecox-Kranke häufig Äußerungen, die entweder überhaupt normal sind oder doch auch von anderen Kranken getan werden könnten, und deshalb kann gar nicht ausdrücklich genug auf den Rat hingewiesen werden, den Bleuler gibt, nämlich bei jedem psychischen Krankheitszeichen der Schizophrenie auf das Verhältnis des Symptomes zur psychologischen Umgebung zu achten. Wir haben z. B. früher gesehen, daß das inkohärente Denken bei Bewußtseinstrübungen dem schizophrenen im Erfolg häufig vollkommen gleicht. Für die Dementia praecox charakteristisch ist eben das Auftreten solcher Reaktionen bei erhaltenem Bewußtsein. Auch sehr präokkupierte Menschen tun und sagen zuweilen Dinge, die, für sich betrachtet, den Verdacht der Dementia praecox erwecken würden; es muß also auch darauf geachtet werden, daß eine solche Entgleisung des Denkens nicht auf bloßer Zerstreutheit, sondern auf wirklicher Zerfahrenheit beruht.

Natürlich ist die Assoziations-Störung nicht immer nachweisbar, weshalb gelegentlich Dementia praecox-Kranke in der klinischen Vorlesung oder bei einem Entmündigungstermin z. B. versagen, d. h. vollkommen gesund erscheinen können. Im allgemeinen wird die Störung in der Erregung deutlicher, und wenn man etwas schwerer Kranke reizt, so wird man fast immer wenigstens verdächtige Assoziationen zu hören bekommen. Vielleicht hängt damit zusammen, daß paranoide Schizophrene regelmäßig innerhalb ihrer Wahnkomplexe zerfahren assoziieren, bei Besprechung indifferenter Themata dagegen häufig nicht. Bei der klinischen Vorstellung derartiger Kranken pflegt das am allermeisten aufzufallen: dieselben Leute, die eben noch ganz geordnet über alles Mögliche Auskunft gegeben haben, sprechen völlig verworren, sobald sie nach ihren Wahnideen gefragt werden. Zum Teil sind an diesem Eindruck allerdings auch die Wortneubildungen schuld.

Daß die schizophrenen Wahnbildungen häufig aus der Assoziationsstörung hervorgehen, haben wir früher gesehen. Diese Entstehung macht die Erkennung auch dieses Symptoms leichter, als man nach manchen früher publizierten Krankengeschichten annehmen könnte. Es ist zuzugeben, daß der bloße Inhalt des Wahns, wie er sich etwa in dem Bericht eines Arztes oder auch eines nahen Angehörigen darstellt, paraphrenen, paranoiden, melancholischen oder auch paralytischen Wahnvorstellungen aufs Haar gleichen kann. Wenn man aber die Kranken selbst hört und ihre Darstellungen von Mal zu

Mal vergleicht, so stellt sich fast immer heraus, daß sie nicht mit ihrer ganzen Persönlichkeit hinter dem Wahn stehen, und daß dieser eben deshalb so locker in ihrem Bewußtsein wurzelt, weil er aus der spezifischen Denkstörung entsprungen, mit einem entsprechenden Affekt aber nicht verkuppelt ist. (Näheres darüber vgl. S. 178.)

Etwas anders liegen die Schwierigkeiten, die der Erkennung der gemütlichen Störung in manchen Fällen entgegenstehen. Ist sie nicht sehr ausgesprochen, so kann sie bei der bloßen Unterhaltung ganz latent bleiben. Erst wenn die Kranken in Situationen kommen, in denen sich andere gemütlich erregen, fallen sie durch ihr Verhalten auf. Wir haben früher aber auch gesehen, daß gelegentlich gerade bei schwer Kranken heftige Gefühlsausbrüche erfolgen, und davor gewarnt, etwa jeden Affektausbruch gegen die Diagnose Dementia praecox zu verwenden. So gibt es namentlich im Anfang der Dementia praecox sehr schwere und lang audauernde Angstzustände, bei denen von einer gemütlichen „Stumpfheit" gar keine Rede sein kann. Später wird dann freilich zum mindesten das Mißverhältnis zwischen Anlaß und gemütlicher Reaktion deutlich. Derselbe Kranke, den der Tod seiner Mutter kalt gelassen und der auf grobe Schimpfereien eines Mitpatienten nicht reagiert hat, kann aus viel geringerer Ursache plötzlich zornig oder traurig werden. Auch die Gefühlsausbrüche sind bizarr, unberechenbar und dem vom Normalen ausgehenden psychologischen Verständnis entzogen. Wir werden hören, daß dadurch die Differentialdiagnose dem manisch-depressiven Irresein gegenüber wesentlich erleichtert wird.

Als der schizophrenen Assoziationsstörung und der gemütlichen Stumpfheit fast gleichwertig dürfen die Halluzinationen gelten, deren Eigenart früher (S. 52) ausführlich erörtert worden ist. Sie finden sich — sc. wieder bei erhaltenem Bewußtsein — bei keiner anderen Krankheit, nur sind sie leider auch bei der Dementia praecox nicht immer nachweisbar. Wo sie auftreten, werden sie uns durch ihren unbesimmten, eigentümlichen Charakter fast immer zur Diagnose verhelfen; insbesondere die Symptome des Gedankenentzugs und des Gedankenlautwerdens kommen wohl bei keiner anderen Krankheit vor.

Neben diese drei Hauptzüge des psychischen Bildes möchte ich gleich die körperlichen Veränderungen stellen, die in den letzten Jahren bei Dementia praecox-Kranken gefunden worden sind. Sie zerfallen in zwei natürliche Gruppen. Die eine umfaßt die körperlichen Begleiterscheinungen der psychischen und insbesondere der gemütlichen Mängel, die andere ist den seelischen Störungen koordiniert oder sogar übergeordnet, und von ihr dürfen wir vielleicht hoffen, daß sie uns eines Tages einen Einblick in die Pathogenese des Leidens gestatten wird. Aus der ersten Kategorie haben wir das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der sensiblen Reaktion der Pupillen, sowie die Veränderung der plethysmographischen Volumkurve im allgemeinen Teil ausführlich besprochen. Man könnte diese Symptome leicht vermehren; wenn man den körperlichen Begleiterscheinungen der normalen gemütlichen Vorgänge weiter nachginge und nach ihnen bei Kranken suchte, bei denen diese Vorgänge fehlen, würde man naturgemäß noch mehrere derartige Reaktionen auffinden. Aus dieser Abhängigkeit vom psychischen Verhalten ergibt sich aber auch ohne weiteres, daß weder das Pupillensymptom

noch die Veränderung der Volumkurve ausschließlich bei Dementia praecox-Kranken vorkommen können. Wo eine gleich tiefe gemütliche Verblödung aus anderer Ursache erreicht worden ist, wird man ähnlichen Störungen dieser physiologischen Mechanismen begegnen. Immerhin werden daraus differentialdiagnostische Schwierigkeiten kaum je entstehen können. Paralytiker und Senile werden sich immer von Schizophrenen unterscheiden lassen, und praktisch unangenehm ist, wie ich schon in meiner ersten Mitteilung über die Pupillensymptome hervorgehoben habe, lediglich das analoge Verhalten von manchen stumpfen Imbezillen. Außerdem halte ich es für nicht ganz ausgeschlossen, daß im Affektstupor, wie wir ihn nach sehr erschütternden Ereignissen, z. B. im Feldzuge, bei disponierten Individuen gelegentlich auftreten sehen, die Psychoreflexe der Pupille vorübergehend verloren gehen können. Schmidt hat solche Fälle beschrieben, sie aber anders deuten wollen. Ich sehe dazu keinen rechten Grund; wo das Gefühlsleben wirklich gelähmt ist, werden wir auch die körperlichen Folgen gemütlicher Ausschläge nicht erwarten dürfen. — Daß das Fehlen der sensiblen Pupillensymptome und der Volumsenkung durch die starke innere Spannung eines erregbaren nervösen Menschen vorgetäuscht werden kann (Spannungskurve, Angstpupillen), ist früher ausführlich erörtert worden.

Was nun die Häufigkeit des Vorkommens dieser körperlichen Störungen angeht, so haben wir früher 60% aller Dementia praecox-Fälle als Durchschnittszahl angegeben. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß bei allen umfassenderen früheren Untersuchungen auch die Fälle von Dementia phantastica mitgerechnet worden sind, die wir heute — zum Teil gerade wegen des Fehlens dieser körperlichen Krankheitszeichen — nicht mehr zur Schizophrenie zählen. Ich bin daher überzeugt, daß neuere Untersuchungen einen noch höheren Prozentsatz ergeben würden. Im übrigen verhält es sich mit diesem Symptom ebenso wie mit der reflektorischen Pupillenstarre bei der Paralyse: am Ende der Krankheit, also bei alten Anstalts-Insassen wird es selten vermißt, in beginnenden Fällen, in der Poliklinik und in der Privatpraxis z. B., werden wir es leider oft genug vergeblich suchen. Dazwischen steht das Material der Kliniken, für das die Zahl von 60% gilt.

Zur zweiten Gruppe von körperlichen Symptomen würden alle Veränderungen zu zählen sein, die hinsichtlich der Morphologie, der Serologie und der physikalischen Beschaffenheit des Blutes beschrieben worden sind. Bis heute scheint mir lediglich die von Hauptmann gefundene Veränderung der Blutgerinnungszeit eine gewisse Bedeutung beanspruchen zu dürfen. Namentlich wenn der in meiner Klinik (Rostock) erhobene Befund bestätigt werden sollte, nach dem sich in dieser Hinsicht gerade die beginnenden Fälle der Dementia praecox von nahezu allen übrigen Psychosen grundsätzlich unterscheiden, so würden wir hier ein diagnostisches Hilfsmittel besitzen, dessen Wert kaum hoch genug veranschlagt werden könnte. Es sei noch einmal erwähnt, daß 70% aller frischen Katatonien und 86% aller frischen Hebephrenien eine erhebliche Verkürzung der Blutgerinnungszeit aufwiesen.

Verlaufsformen.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen seien jetzt die Haupttypen der Dementia praecox gesondert besprochen. Man unterscheidet, wie gesagt, herkömmlicherweise zwischen der katatonischen, der hebephrenischen,

der paranoiden Form und der sogenannten Dementia simplex. Bei dieser treten die psychischen Kardinalsymptome der Krankheit (Zerfahrenheit, Gleichgültigkeit, Stumpfheit, Unberechenbarkeit) deshalb am reinsten zutage, weil sie durch keinerlei Zutaten, wie bei den übrigen Verlaufsformen, verdeckt werden. Leider sind diese Fälle aber gewöhnlich auch diejenigen, in denen sich der Krankheitsprozeß am wenigsten stürmisch äußert, und sie werden deshalb besonders leicht verkannt. Verhältnismäßig häufig läßt sich die ganze Krankheitsgeschichte dahin zusammenfassen, daß die Entwicklung ursprünglich tüchtiger junger Menschen allmählich oder plötzlich stehen bleibt oder gar Rückschritte macht, daß Musterschüler versagen, hoffnungsvolle Studenten auf der Universität ohne jeden erkennbaren Anlaß stecken bleiben, junge Kaufleute auf einmal unbrauchbar werden, oder daß ursprünglich begabte und sogar ehrgeizige Leute schließlich in ganz untergeordneter Stellung, als Ausrufer auf Jahrmärkten etc., oder gar als Landstreicher enden. Damit kann das Bild wie gesagt vollständig gekennzeichnet sein; es gibt Fälle, deren intellektuelles Niveau in milder, unmerklicher Weise um ein paar Stufen sinkt, ohne daß je schwere Symptome auftreten.

Charakteristisch ist dabei, daß der Patient selbst für die Symptome wie für die Folgen seiner Krankheit gar kein Gefühl besitzt — ein Nachweis, der mehr, als es heute geschieht, vor der Verwechselung mit den wenigen hier überhaupt in Betracht kommenden anderen Krankheiten schützen könnte. Wirklich schwer ist nur die Unterscheidung von gewissen Formen der Psychopathie, weil auch bei diesen eine gemütliche Stumpfheit wenigstens vorübergehend bestehen oder aber durch psychische Hemmung vorgetäuscht werden kann. Die Sachlage wird dadurch noch verwickelter, daß sich auch die Dementia praecox gar nicht selten durch mehr oder minder schwere Depressionen einleitet, und daß insbesondere hypochondrische Vorstellungen das Bild oft lange beherrschen. Einem jungen Menschen, der über angebliche Folgen früherer Masturbation, über Merkschwäche, Nachlassen der geistigen Energie, Kopfdruck etc. klagt, in der Sprechstunde anzusehen, ob er ein Psychopath oder ein beginnender Schizophrener ist, ist vielleicht eine der allerschwersten ärztlichen Aufgaben. Erleichtern kann man sie sich häufig dadurch, daß man die Verwandten befragt; diese werden, auch wenn sie sie selbst nicht richtig bewerten, gewöhnlich Veränderungen der psychischen Gesamtpersönlichkeit gegen früher zu berichten haben. Die Kranken sind stumpf und teilnahmslos gegen ihre nächsten Angehörigen, kühl- und gefühlsarm geworden, und hinter ihren hypochondrischen Klagen steht bei näherem Zusehen selten der Affekt, der den ängstlichen Psychopathen alles in den Dienst seiner eingebildeten Krankheit stellen läßt. Dazu kommen in schweren Fällen gelegentliche Äußerungen der schizophrenen Denkstörung, die freilich oft abgewartet werden müssen und sich keineswegs immer gewaltsam hervorrufen lassen. Auch über sie befragt man deshalb zweckmäßigerweise die Umgebung der Kranken. So habe ich einmal die Diagnose dadurch sichern können, daß ich mit dem Vorsteher des Büros sprach, bei dem einer meiner poliklinischen Patienten arbeitete. Als das Büro an einem Feiertage der evangelischen Gemeinde nicht, wie der katholische Schreiber hoffte, geschlossen worden war, hatte er etwas von religiösem Haß gemurmelt, ein anderes Mal sich plötzlich, ohne daß irgend eine Auseinandersetzung vorausgegangen wäre, darüber beklagt, daß ein Mensch von seinen Fähigkeiten unter so verständ-

nis- und bildungslosen Idioten arbeiten müsse. Vorher und nachher waren Monate hingegangen, ohne daß der Kranke seiner Umgebung irgendwie aufgefallen war. Die erwähnten Äußerungen gab er übrigens ohne weiteres zu, begriff aber durchaus nicht, daß man darin etwas Ungehöriges erblicken wollte.

Derartige Fälle führen ohne scharfe Grenze in das Gebiet der läppischen Verblödung, der Hebephrenie. Auch diese Kranken nehmen ihren eigenen Verfall, ihre Mißerfolge in der Schule und im Amt, die Schwierigkeiten und die Sorgen, die sie ihren Eltern machen, und selbst strafrechtliche Konflikte ruhig ohne Gemütsbewegungen als etwas Selbstverständliches hin. In schwereren Fällen erzählen sie von den ungeheuerlichsten Krankheiten, von verfaulten Gedärmen und erstarrten Lungen, von dauerndem Herzstillstand und von erweichtem Rückenmark, ohne jede Angst und mit der gleichgültigsten Miene.

Dazu kommt eine besondere Modifikation des zerfahrenen Denkens und der gemütlichen Veränderung, die ihrem Wesen den Stempel des Albernen, Frechen und Schnippischen aufdrückt. Diese Züge sind von den Eigentümlichkeiten der normalen Pubertät, von den Ungezogenheiten also der Flegeljahre und den Schwärmereien des Backfischalters, nicht immer leicht zu unterscheiden; möglicherweise sind das läppische Benehmen, das gesteigerte Selbstgefühl, die Neigung sich mit den tiefsten Problemen des Daseins zu beschäftigen, Erfindungen zu machen oder zu dichten, die Freude an großen Worten, an stereotypen Redewendungen und Manieren beim Handgeben, Grüßen etc. überhaupt nur deshalb so häufig, weil die Kranken auf der Entwickelungsstufe dieses jugendlichen Alters stehen bleiben und deren psychologische Merkmale in ihre Psychose mit hinübernehmen. Jedenfalls verhalten sich hypomanische Patienten dieser Altersstufe, wenigstens was Selbstgefühl und Erfindungsabsichten anlangt, gelegentlich recht ähnlich.

Auf die Fälle, in denen sich die Dementia praecox mit einer traurigen oder ängstlichen Verstimmung einleitet oder sogar „zirkulär", d. h. abwechselnd unter dem Bilde der Erregung und dem des Stupors verläuft, soll unten eingegangen werden, wenn die Differentialdiagnose dem manisch-depressiven Irresein gegenüber erörtert wird. Die paranoid verlaufenden Fälle sind in einem besonderen Abschnitt gewürdigt worden.

Für verhältnismäßig leicht hat lange Zeit die Erkennung der katatonischen Verlaufsform der Dementia praecox gegolten. In der Tat läßt sich die große Mehrzahl der Krankheitsfälle dieser Gruppe, die man etwa in Anstalten versammelt findet, mit gar nichts anderem verwechseln. Anders liegen aber die Dinge, wenn man beginnende Fälle ins Auge faßt. Hier muß entgegen älteren Auffassungen heute betont werden, daß kein einziges von den bekannten katatonen Symptomen die Katatonie wirklich beweist. Von den Schwierigkeiten, die schon der Erkennung dieser Krankheitszeichen gelegentlich entgegen stehen, sehen wir dabei ganz ab — so erwähnt Kraepelin, daß die Befehlsautomatie durch Schüchternheit, triebartige Handlungen durch verworrene Vorstellungen bei Bewußtseinstrübungen, stereotype Bewegungen und Verbigerationen durch Einförmigkeit des Vorstellungsinhaltes oder der Gemütslage (stereotypes Jammern bei Angst z. B.), Negativismus durch Eigensinn oder durch wahnhafte Auffassungen, Bizarrerien endlich durch das gezierte, spielerische Wesen mancher hysterischen Persönlichkeiten vorgetäuscht werden können. Alle diese Schwierigkeiten sind früher bei der Erörterung der katatonen Symptome schon gestreift

worden. Wichtiger ist, daß die katatonen Krankheitszeichen nicht bloß im Verlauf der Schizophrenie beobachtet werden. Schröder hat neuerdings wieder darauf hingewiesen, daß sie auch bei der Paralyse vorkommen; wir sehen sie aber auch bei Epileptikern, im Verlauf der senilen und arteriosklerotischen Demenz und garnicht selten bei den symptomatischen Psychosen nach Infektionen, Vergiftungen und Hirntraumen. Freilich verhalten sich in dieser Hinsicht nicht alle katatonen Symptome gleich. Eigentlicher Negativismus und Manieren sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie, wenn auch ihr gelegentliches Vorkommen bei den oben genannten sonstigen Geisteskrankheiten außer Frage steht. Viel weniger beweisen die Flexibilitas cerea, die Echopraxie und Echolalie, die nicht nur bei exogenen Krankheitsformen, sondern auch bei Manisch-depressiven und Hysterischen angetroffen werden.

Besonders schwierig kann die Beurteilung eines Stupors werden. Wir sahen früher schon, daß ein prinzipielles Nichtreagieren aus vielfältiger Ursache zustande kommt, so daß man außer den katatonischen manisch-depressive, hysterische, epileptische, paralytische, infektiöse und toxische Stuporen unterscheiden muß. Bei längerer Beobachtung wird das Sinnlose, Unberechenbare, Unverständliche im Verhalten der Kranken die Diagnose Katatonie zumeist sichern. Wie ein simulierter Stupor vom katatonischen unterschieden werden kann, soll unten gesagt werden.

Differentialdiagnose.

Wir wollen nunmehr die einzelnen Krankheiten, die mit der Dementia praecox verwechselt werden können, durchgehen. In erster Linie sind dabei die exogenen Formen zu nennen, und es ist gewiß kein Zufall, daß wir hier den größten diagnostischen Schwierigkeiten gegenüberstehen. Genau so wie sich epileptiforme Zustände deshalb bei exogen bedingten Krankheiten aller Art finden, weil zum mindesten der epileptische Krampfanfall eine ganz allgemeine Reaktionsform darstellt, mit der das Gehirn auf sehr verschiedenartige Schädigungen antwortet, so können auch katatone Symptome durch eine ganze Reihe von exogenen Ursachen veranlaßt werden. Das Wichtigste darüber wurde oben schon gesagt. Die Schwierigkeiten werden dadurch besonders groß, daß auch die Schizophrenie, und zwar wieder speziell ihre katatonische Verlaufsart, nicht ganz selten mit Fieber beginnt. Es ist heute nicht mehr zweifelhaft, daß die große Mehrzahl der Fälle, die früher als akute halluzinatorische Verworrenheit bzw. als Amentia beschrieben worden sind, der Dementia praecox angehört hat.

Im Einzelfalle bleiben wir auch heute noch oft genug im Zweifel darüber, ob eine verworrene Erregung mit Sinnestäuschungen die ausgleichbare Folge einer Infektion oder die erste stürmische Phase eines Verblödungsprozesses darstellt. Erst nach einiger Zeit pflegen die Sinnlosigkeit der Erregung, das Zurücktreten der optischen Sinnestäuschungen gegenüber den eigentümlichen Erlebnissen der Schizophrenie und das Bestehenbleiben „inkohärenter" Gedankenverbindungen trotz verhältnismäßig guter Auffassung das Bild zu klären, während bei der echten Amentia schon früh Remissionen eintreten, in denen der Kranke nicht bloß klar, sondern auch natürlich und ungezwungen erscheint. Namentlich das Letzte beobachten wir bei Schizophrenen sehr selten.

Von den organischen Geisteskrankheiten scheiden für die Differentialdiagnose der Dementia praecox die Paralyse und die Hirnsyphilis heute ganz aus. So ähnlich die psychischen Zustandsbilder auch sein können, die serologischen Untersuchungsarten werden uns stets in den Stand setzen, eine Entscheidung zu fällen. — Bei den senilen und insbesondere bei den präsenilen Psychosen — erinnert sei namentlich an manche Zustände des Klimakteriums — bestehen weniger Schwierigkeiten der Erkennung im Einzelfall als solche der prinzipiellen Auffassung. Kraepelin hat bis vor kurzem in manchen im Klimakterium auftretenden Formen Spätkatatonien gesehen, ist in dieser Auffassung aber neuerdings schwankend geworden. Sicherlich ist es natürlicher, diese Fälle zunächst einmal zu einer besonderen Gruppe zusammenzufassen, die mit den Rückbildungsvorgängen zusammenhängen und zur Dementia praecox nur die Beziehung besitzen, daß auch sie wahrscheinlich durch Autointoxikation zu Stande kommen. Was die Symptomatologie im einzelnen angeht, so wurde früher schon erwähnt, daß das ablehnende Verhalten vieler klimakterischer Frauen häufiger durch eine morose Grundstimmung und wahnhafte Auffassungen als durch echten Negativismus bedingt zu sein scheint. Ebenso liegt es mit dem stereotypen Jammern mancher Patienten, das nicht sowohl auf einer Erkrankung des Willens als auf einer Monotonie der Stimmungslage und des Vorstellungsinhaltes beruht.

Was die angeborenen Schwachsinnszustände angeht, so kann die Unterscheidung eines abgelaufenen Falles von Dementia praecox von der Idiotie in seltenen Fällen dadurch schwierig werden, daß auch bei Idioten stereotype Bewegungen (Wiegen des Körpers, Neigen des Kopfes etc.) vorkommen. In allen Fällen, in denen sich überhaupt eine Verbindung mit dem Kranken herstellen läßt, werden uns die Kenntnisse der Schizophrenen darüber belehren, daß die Störung nicht von Jugend an bestanden haben kann. — Der Versuch, manche Fälle von Imbezillität auf eine in frühester Kindheit durchgemachte Dementia praecox zurückzuführen, besitzt mehr theoretisches als diagnostisches Interesse.

Zwischen Dementia praecox und Alkoholmißbrauch besteht insofern eine diagnostisch wichtige Beziehung, als erregte wie stillgewordene Hebephrene nicht selten viel trinken und nun der alkoholistischen Züge ihres Wesens wegen häufig nur für Potatoren gehalten werden. In den Arbeitshäusern findet man zahlreiche Leute dieser Art, deren richtige Analyse erst bei näherem Zusehen gelingt. Gelegentlich — nicht häufig — bekommt ein Schizophrener auch wirklich ein Delirium tremens. Wenn aber Bleuler die Alkohol-Halluzinose schlechthin immer auf eine Komplikation des Alkoholmißbrauchs mit Dementia praecox zurückführen will, so scheint mir das doch zu weit zu gehen. Gewiß kommen bei Dementia praecox-Kranken halluzinoseähnliche Bilder vor, häufig sind sie aber nicht, und die eigentlichen Alkohol-Halluzinosen lassen sich zumeist sehr leicht von ihnen unterscheiden. Von der spezifischen Assoziationsstörung der Dementia praecox ist bei diesen Kranken gar keine Rede, und ihre subjektive Stellung zu den Halluzinationen und den sich daraus bildenden Wahnideen weicht von den zerfahrenen Äußerungen schizophrener Patienten himmelweit ab. Übrigens scheint Bleuler auch die meisten Fälle von chronischen alkoholistischen Wahnbildungen zur Dementia praecox zu rechnen, da er angibt, „eine chronische alkoholische Paranoia noch nicht gesehen zu

haben". Auch dem gegenüber muß betont werden, daß der gelegentliche Nachweis der Schizophrenie bei einem verfolgungswahnsinnigen Trinker nicht dazu führen darf, nun alle diese Potatoren der Dementia praecox zuzurechnen.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen Epilepsie und Schizophrenie tauchen nur bei gewissen katatonen Zuständen auf, die insbesondere dem epileptischen Stupor (s. S. 368) sehr ähnlich werden können, während sich die schizophrene und die epileptische Demenz verhältnismäßig leicht voneinander unterscheiden lassen. Eine gewisse äußere Ähnlichkeit besitzen in dieser Hinsicht der schizophrene Eigensinn und die Sperrung auf der einen und die Erstarrung des Denkens, Handelns und Fühlens bei der Epilepsie auf der anderen Seite. Wem aber das Wesen beider Störungen klar geworden ist, der wird bei näherer Beobachtung kaum Irrtümer begehen. Epileptische Anfälle sollen nach Kraepelins Angaben bei Dementia praecox-Kranken verhältnismäßig häufig vorkommen; ich selbst erinnere mich nur an einen einzigen sicheren Fall.

Dagegen werden, wie gesagt, katatone Symptome in epileptischen Bewußtseinstrübungen nicht selten beobachtet. Negativismus, Flexibilitas, impulsive Handlungen, Reizbarkeit kommen auch in epileptischen Zuständen vor, und durch die Ähnlichkeit inkohärenter und schizophrener Gedankenverbindungen wird die Diagnose häufig noch schwerer gemacht. Weniger gefährlich sind in dieser Hinsicht die eigentlichen Delirien der Epilepsie, weil sowohl die Stimmungslage wie die Art der Sinnestäuschungen von denen gewisser paranoider Zustände der Dementia praecox abweichen.

Nicht weniger schwer als von manchen exogenen Formen läßt sich die Dementia praecox zuweilen von gewissen endogenen Krankheiten abgrenzen; nur verschiebt sich dabei die Sachlage insofern, als den funktionellen Psychosen gegenüber im großen und ganzen weniger die katatonischen als die hebephrenischen Zustandsbilder Schwierigkeiten bereiten. Die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein hat lange Zeit darunter gelitten, daß eine ganze Reihe von Krankheitsfällen je nach den Schwankungen der augenblicklichen Lehrmeinung bald der einen, bald der anderen Krankheitsgruppe zugewiesen worden ist, ohne daß die Vorfrage beantwortet worden wäre, ob sie nicht eine dritte Gruppe für sich bilden könnte. Im übrigen sind die in der Natur der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins begründeten Schwierigkeiten geringer geworden, seitdem wir gelernt haben, daß auch beim manisch-depressiven Irresein katatone Symptome vorkommen, und daß die Schizophrenie gelegentlich in der Form von gegensätzlichen Stimmungsschwankungen verläuft. Zudem hat die Erforschung der manisch-depressiven Mischzustände unsere Anschauungen gerade in dieser Frage nicht unerheblich geklärt. Trotzdem gibt es hier auch heute noch Schwierigkeiten, die wieder nicht sowohl auf dem Mangel an Erfahrungen im Einzelfall als auf dem Fehlen sicherer Grundlagen für die prinzipielle Abgrenzung beider Krankheiten beruhen. Von solchen unklaren Fällen wollen wir hier absehen und nur diejenigen berücksichtigen, in denen die Differentialdiagnose beider Krankheiten zwar schwierig, nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse aber doch grundsätzlich möglich ist.

Was zunächst die manischen Zustandsbilder angeht, so steht heute fest, daß auch Schizophrene ideenflüchtige Reihen liefern können.

Damit ist ein Kriterium unzuverlässig geworden, das eine Zeitlang ohne weiteres entscheidend sein sollte. Es wäre aber Unrecht, die dadurch bedingte Schwierigkeit zu übertreiben. Ideenflüchtige Assoziationen sind bei Schizophrenen ebenso selten wie bei Manischen Gedanken, die für schizophren gehalten werden können. Nur bei sehr heftiger motorischer Erregung pflegen sich manische und katatone Kranke auf den ersten Blick zu ähneln. Wer näher zusieht, wird auch dann finden, daß die ideenflüchtige Verwirrtheit an einzelnen Gliedern fast immer als solche erkannt werden kann und mit dem echten katatonen Salat nur den äußeren Anschein gemein hat. Eine Ausnahme bilden nur die Fälle von Manie, in denen dem Kranken von Hause aus verhältnismäßig wenig Assoziationen zur Verfügung stehen, und in denen er infolgedessen einzelne Wendungen und Gedanken zu Tode jagt; dann kann der Zustand in der Tat vom Verbigerieren der Schizophrenie schwer unterschieden werden.

Hinsichtlich des motorischen Verhaltens sei noch einmal auf den prinzipiellen Unterschied zwischen dem Beschäftigungsdrang der Manie und der elementaren motorischen Erregung der Katatonie erinnert. Alles was der Maniakus tut, erscheint natürlicher und selbstverständlicher als das impulsive Darauflostoben der Schizophrenen, und damit hängt zusammen, daß dieser auf seine Umgebung so gut wie gar keine Rücksicht nimmt, während sich der manische Kranke im guten und im bösen Sinn durch sie beeinflussen läßt. Zu den Imponderabilien, die sich schlecht schildern lassen, die aber der Erfahrene beinahe unbewußt mit in die Wagschale zu werfen pflegt, gehört schließlich noch der Verlust der Grazie, den Kraepelin geradezu als ein Frühsymptom der Schizophrenie bezeichnet, und der auch der katatonischen Erregung ein gewisses Gepräge verleiht. Bei manischen Kranken führt bekanntlich das Wegfallen der Hemmungen zu leichtem, sicherem Auftreten und selbst bei schwerster Unruhe zu verhältnismäßig graziösen Bewegungen.

Davon untrennbar sind die Unterschiede im Verhalten der Stimmung. Der Maniakus ist lustig, übermütig und unter Umständen gereizt; der Schizophrene läßt entweder überhaupt keine normalen Zuständen vergleichbare Verstimmung erkennen, oder aber er ist läppisch und krampfhaft ausgelassen (Kraepelin). Recht gut ist die Bemerkung von Dreyfuß, daß die Heiterkeit des Maniakus ansteckend, die des Schizophrenen aber abstoßend wirkt.

Verwerten läßt sich auch das Verhalten der Auffassung. Mit der Geschlossenheit des manischen Syndroms, das sich ohne Zwang als die pathologische Steigerung einer normalen heiteren Erregung ansehen läßt, hängt zusammen, daß die Auffassung der Kranken je nach dem Grade der Störung oberflächlich, unscharf oder geradezu getrübt ist. Katatoniker aber überraschen gelegentlich durch Bemerkungen, die zutreffende Beobachtungen auch im Stadium der scheinbar höchsten Erregung voraussetzen.

Verhältnismäßig selten pflegen uns heute Stuporzustände Schwierigkeiten zu machen. Freilich der Unterschied von Hemmung und Sperrung läßt sich am Krankenbett nicht so gut durchführen wie bei der theoretischen Besprechung im Hörsaal, und namentlich leichte Grade der motorischen Behinderung weichen bei beiden Krankheiten in dieser Hinsicht nicht erheblich voneinander ab. Es besteht auch kein Zweifel darüber, daß bei der Schizophrenie traurige Verstimmungen mit echter Hemmung vorkommen. Trotzdem

tritt auch in diesen leichten Stuporfällen die grundsätzliche Wesensverschiedenheit beider Krankheiten zutage. Bei der Melancholie läßt sich alles aus der traurigen Stimmung, dem Insuffizienzgefühl und den trüben Erwartungen für die Zukunft ableiten, und wenn es uns zuweilen gelingt, den Stupor zu durchbrechen, so tritt meistens für einen Augenblick die manische Komponente zutage. Oft verrät uns auch spontan ein Blick, ein Zucken der Mundwinkel, ein Seufzer oder gar ein plötzlich herausgebrachtes Wort, daß der Kranke die Hemmung zu durchbrechen sucht und daß er subjektiv unter seinem Zustand leidet. Schizophrene dagegen sind auch im Stupor unverständlich und unberechenbar. Auch wenn sie traurige Gedanken äußern, braucht ihre scheinbare Hemmung ihnen nicht zu entsprechen, und umgekehrt kann vollkommene Reaktionslosigkeit ohne jeden depressiven Affekt bestehen. Auch hier wird der Stupor gelegentlich durchbrochen, aber immer abrupt, sinnlos. und ohne daß man auch nur nachträglich eine zureichende Erklärung dafür geben könnte.

Verhältnismäßig am schwersten sind gewisse Fälle von ängstlicher Erregung zu deuten, die sowohl beim manisch-depressiven Irresein wie bei der Dementia praecox vorkommen. Wir sehen dabei ab von den mehrfach erwähnten klimakterischen Psychosen, die früher als Spät-Katatonien aufgefaßt wurden und die wohl sicher eine innere Beziehung zur Dementia praecox besitzen. Zuweilen können aber auch echte Manisch-depressive in Zuständen heftiger, ängstlicher Erregung den Verdacht der Katatonie erwecken. Der Hauptgrund dafür ist wohl wieder der, daß der normale Mensch für diese Zustände wenig Verständnis besitzt, und daß der Arzt deshalb beinahe instinktiv dazu neigt, die gelegentlichen impulsiven Handlungen, die Gewalttaten gegen die Umgebung oder gar den Raptus melancholicus der Katatonie zuzuweisen. Ich selbst erinnere mich übrigens nur an zwei Beobachtungen von schweren Gewalttaten, die sicher dem zirkulären Irresein angehörten.

Die melancholischen Angstzustände müssen, wie wir früher ausgeführt haben, streng genommen schon den manisch-depressiven Mischzuständen zugerechnet werden. Vielleicht beruht es darauf, daß sie wie alle diese Mischzustände differentialdiagnostisch am schwersten zu beurteilen sind. Das Wesen des Mischzustandes ist eben, daß Elemente, die nach unserer Erfahrung psychologisch zusammen zu gehören scheinen, auseinandergerissen werden und zu Zustandsbildern zusammentreten, in die sich das vom Normalen ausgehende Verständnis nicht mehr „einzufühlen" vermag. Für den manischen Stupor gilt das vielleicht in noch höherem Maße als für die ängstliche Erregung, und deshalb sind wohl gerade diese Fälle früher immer für Katatonien gehalten worden. Sie bereiten auch heute noch Schwierigkeiten genug, aber in der Regel werden uns die Angaben des Kranken über das subjektive Gefühl der Hemmung sowie über unangenehm empfundene ideenflüchtige Gedankenverbindungen oder aber im anderen Falle die körperlichen Begleitsymptome des katatonen Stupors zur Diagnose verhelfen. Überhaupt sind alle bisher besprochenen differentialdiagnostischen Zweifel seltener geworden, seitdem wir körperliche Krankheitszeichen der Schizophrenie kennen.

Noch größere Schwierigkeiten als das manisch-depressive Irresein bereitet bei der Erkennung der Dementia praecox zuweilen die Hysterie. Ja schon bei Zirkulären erweist sich die Diagnose immer dann als besonders schwer,

wenn in ihre Zustandsbilder eine hysterische Komponente mit eingeht. Viele Fälle von halluzinatorisch verworrener Manie gehören zum Beispiel hierher. Von den rein hysterischen Zustandsbildern können sowohl die Dämmerzustände, der Stupor, die Pseudodemenz wie die hysterische Charakterveränderung erhebliche Schwierigkeiten machen. Diese Schwierigkeiten beruhen zum guten Teil darauf, daß es weder eine psychogene Reaktion noch eine hysterische Charakterveränderung gibt, die bei der Schizophrenie nicht vorkommen könnte. So beweist eine Vorstellungslähmung oder eine Sensibilitätsstörung gegen die Diagnose Hebephrenie dann nichts, wenn irgendwelche für diese Krankheit charakteristischen Züge aufzufinden sind. Insbesondere die Assoziationsstörungen und die Affektstumpfheit sind diagnostisch viel wertvoller als psychogene Reaktionen, die bei jedem Menschen bereit liegen und die besonders bei jungen Leuten durch verhältnismäßig kleine Anlässe ausgelöst werden können.

Auch die subjektiven Beschwerden, die so viele Hebephrene zum Arzt führen, sind in dieser Hinsicht nicht charakteristisch; Kopfweh, Schwindel, Globus, Herzsymptome kommen hier wie dort vor. Entscheidend ist auch in dieser Hinsicht nur die Affektbeteiligung, die bei Schizophrenie gering oder doch bizarr, bei Hysterie wenigstens in ihren Äußerungen übertrieben groß ist. Damit hängt zusammen die Inkonsequenz im Verhalten der Dementia praecox-Kranken. Auch die hysterischen Reaktionen sind flüchtig und launisch, und ein Grundzug des hysterischen Charakters ist das Unausgeglichene und Sprunghafte; aber innerhalb eines bestehenden Zustandes verhalten sich die einzelnen Symptome sowohl wie die gesamte Persönlichkeit doch stets folgerichtig und einheitlich. Der Schizophrene dagegen sagt und tut immer wieder Dinge, die zu allem übrigen durchaus nicht stimmen wollen.

Auch die Suggestibilität verhält sich bei beiden Krankheiten verschieden. Der Hysterische ist für alles zugänglich, was ihm Eindruck macht; er läßt sich nicht durch jeden Arzt heilen, aber wer ihn in die Hand bekommt, kann mit ihm ziemlich alles machen. Zum Dementia praecox-Kranken hat noch nie ein Arzt ein wirklich dauerndes Verhältnis gewonnen, und ebenso auffallend wie seine gemütliche Kälte seinen nächsten Angehörigen gegenüber bleibt gelegentlich seine Freundlichkeit im Umgang mit angeblichen Feinden oder aus irgendwelchem Grunde verhaßten Ärzten. Ihm ist es auch vollkommen gleich, wie er auf seine Umgebung wirkt, während sich beim Hysterischen gerade darum alles dreht. Wir heilen viele psychogene Reaktionen und bändigen manchen hysterischen Charakter einfach dadurch, daß wir gar nichts tun, uns um den Kranken nicht kümmern, ihn mehr oder minder auffällig ignorieren. Dem Schizophrenen gegenüber werden wir damit ebensowenig zum Ziele gelangen wie mit irgend einer anderen Behandlungsart.

Trotzdem kann der äußere Eindruck bei beiden Krankheiten sehr ähnlich sein. Das gezierte, erotische Wesen bei der Hysterie kann dem läppischen Verhalten weiblicher Hebephrenien aufs Haar gleichen — bis bei irgend einem kleinen Anlaß entweder sichere schizophrene Gedankenverbindungen zutage treten oder aber die vollkommen andere gemütliche Konstellation der Hysterie deutlich wird.

Von besonderen Zustandsbildern, die gelegentlich Schwierigkeiten machen, sei zunächst der Affektstupor genannt, über den wir namentlich im Kriege ziemlich viele Erfahrungen gesammelt haben. Nach heftigen Gemütserschüt-

terungen, z. B. nach stundenlangem Granatfeuer oder nach einer Verschüttung, tritt bei disponierten Personen zuweilen ein Stupor auf, bei dem jedes Gefühl vollkommen erloschen zu sein scheint. In leichten Fällen berichten die Kranken selbst nachher, daß ihnen gar nichts mehr Eindruck gemacht habe, weder die Möglichkeit des eigenen Todes oder der Gefangennahme noch die Beobachtung des Grauenhaften in ihrer Umgebung. Ausnahmsweise dauern diese Zustände längere Zeit, und Schmidt hat, wie erwähnt, in ihnen gelegentlich auch die Psychoreflexe der Pupillen vermißt. In solchen Fällen wird sich dann die Katatonie schwer ausschließen lassen, und zwar selbst dann nicht, wenn sich der Stupor schließlich aufhellt. Am wertvollsten sind in diesem Stadium natürlich die subjektiven Angaben der Kranken, die in den beiden möglichen Fällen doch wohl verschieden ausfallen werden.

Eine andere hysterische Reaktion, die nicht selten mit der Katatonie verwechselt wird, ist die Pseudodemenz. Auch sie beobachten wir im Kriege häufiger, obwohl auch jetzt noch die forensisch interessierten Fälle die überwiegende Mehrzahl ausmachen. Auf das Symptomenbild und auf den Unterschied zwischen hysterischem und katatonem Danebenreden sind wir früher ausführlich eingegangen. Trotz der damals hervorgehobenen Kriterien wird man Aschaffenburg beistimmen müssen, nach dem die Differentialdiagnose gelegentlich überhaupt unmöglich werden kann. Häufig sind aber die diagnostisch unklaren Fälle nach meinen Erfahrungen nicht; gewöhnlich lassen uns theatralische Zutaten, wie insbesondere der übertrieben gespannte, ratlose Gesichtsausdruck, die Suggestibilität sowie die elektive Gestaltung der Pseudodemenz auf der einen, die Folgerichtigkeit in der Durchführung auf der anderen Seite ihren hysterischen Charakter leicht erkennen. Wenn Schizophrene daneben reden, so geschieht es zumeist in einer so verantwortungslosen Form, daß von einer Auswahl zwischen einzelnen Kategorien des Denkens oder gar von einer Beschränkung auf bestimmte Wissensgebiete gar keine Rede sein kann. Dazu kommen hier zumeist andere negativistische Züge und Bizarrerien, die bei Hysterie höchstens in Form des Infantilismus beobachtet werden. Dieser scheint mir früher zu häufig für hysterisch gehalten worden zu sein. Jedenfalls diagnostiziere ich ihn selbst bei dieser Krankheit von Jahr zu Jahr seltener.

Das eigentliche Gansersche Syndrom wird seltener Schwierigkeiten machen als die reine Pseudodemenz. Schwerer sind manche anderen in der Haft auftretenden Psychosen zu beurteilen. (Vgl. die Besprechung der paranoiden Erkrankungen.) Der Vergleich zwischen den schizophrenen und den Haftformen wird ohne weiteres zeigen, daß hier Irrtümer leicht möglich sind. Gerade deshalb sei noch einmal daran erinnert, daß das Syndrom des Gedankenentzuges wenn nicht mit Sicherheit, so doch mit sehr großer Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie spricht.

Von anderen psychopathischen Formen war oben schon die Rede. Hypochonder, reizbare oder neurasthenische Individuen sowie manche Zwangsvorstellungskranke können Hebephrenen sehr ähnlich sehen, weil sich auch die Schizophrenie nicht selten mit Zwangsgedanken, hypochondrischen und sonstigen depressiven Vorstellungen oder aber mit Reizbarkeit einleitet. In der großen Mehrzahl der Fälle wird uns das spezifische gemütliche Verhalten der Dementia praecox-Kranken vor Irrtümern schützen, nur gibt es leider

auch psychopathische Zustände, in denen eine für das normale Verständnis geradezu ungeheuerliche Affektstumpfheit das Bild beherrscht (vgl. S. 200). In diesen Fällen wird vor allem auf gemütliche Schwankungen zu achten sein.

Diejenige Form der Psychopathie, die vielleicht am allerschwersten von der Schizophrenie unterschieden werden kann, ist die der Verschrobenheit (vgl. Kap. XI); ja es fehlt nicht an Autoren, die alle Kranken dieser Gruppe als Schizophrene auffassen wollen. Solange wir absolut sichere Kriterien für die Erkennung der Dementia praecox nicht besitzen, wird sich diese Anschauung schwer als unberechtigt erweisen lassen. Aber es scheint mir doch, als ob der Verlauf vieler Fälle von Verschrobenheit gegen ihre Zugehörigkeit zur Schizophrenie spräche, und ich kann hinzufügen, daß ich mehr als einmal die Psychoreflexe der Pupillen bei Leuten intakt gefunden habe, deren Verschrobenheit nachweislich schon Jahrzehnte bestand.

Was die Beziehungen der paranoischen Erkrankungen zur Schizophrenie angeht, so handelt es sich hier weniger um differentialdiagnostische Aufgaben, die im Einzelfall, als um eine Abgrenzungsarbeit, die zunächst im allgemeinen gelöst werden müßte. Es sei deshalb auch in dieser Hinsicht auf den die paranoischen Erkrankungen behandelnden Abschnitt verwiesen und nur das schon erwähnt, daß sich beinahe die Hälfte aller paranoid beginnenden Fälle als Schizophrenien erweist. Im einzelnen wird die Paranoia bei der Differentialdiagnose selten in Frage kommen; immerhin ist zuzugeben, daß die Hartnäckigkeit, mit der manche äußerlich geordnete Schizophrene eine einmal gefaßte Idee verfolgen, dem Verhalten der echten Querulanten sehr ähnlich werden kann. In den wenigen eigenen Fällen dieser Art habe ich besonderen Wert auf den Nachweis auch depressiver gemütlicher Regungen beim Querulanten gelegt. Dieser gerät, wenn er zum Arzt Vertrauen faßt und ihm seine Schicksale erzählt, fast immer wenigstens vorübergehend in einen starken, traurig-zornigen Mischaffekt, während der Schizophrene seine Sache mehr aus Eigensinn und ohne wirkliche Anteilnahme an seinen Mißerfolgen betreibt. Zudem faßt er selten Vertrauen zu irgend jemandem und schon deshalb wird er sich dem Arzt gegenüber immer anders verhalten, als es der Querulant wenigstens im Beginn der Bekanntschaft (vor Abgabe des Gutachtens) zu tun pflegt.

Keineswegs so leicht, als man nach manchen Lehrbuchdarstellungen annehmen könnte, ist die Unterscheidung der Schizophrenie von der Simulation. Freilich betreffen die Fälle, die uns in dieser Hinsicht Schwierigkeiten machen, fast immer Psychopathen. Insbesondere diejenigen von ihnen, die durch längere Zeit hindurch affektstumpf werden, haben wir wohl alle gelegentlich zu unrecht für schizophren gehalten. Die Sachlage wird dadurch noch verwickelter, daß auch wirkliche Dementia praecox-Kranke einzelne Zustände gewissermaßen willkürlich hervorbringen, übertreiben oder aber unterdrücken können, je nachdem sie ein Interesse daran haben, für gesund oder für krank gehalten zu werden. Ich erinnere mich an einen Fall, der immer wieder in einen verhältnismäßig tiefen Stupor verfiel, wenn er wegen eines Jahre zurückliegenden Vergehens zur gerichtlichen Verantwortung gezogen werden sollte, und der ebenso regelmäßig klar und geordnet auftrat, wenn man seine Entmündigung betrieb. Da der Kranke auch außerhalb des Stupors typische Pupillen- und plethysmographische Störungen aufwies, habe ich ihn für schizophren gehalten.

Wer diesen körperlichen Symptomen weniger Bedeutung zumißt, wird darüber natürlich anders denken können.

Im übrigen war der katatonische Stupor bis vor einiger Zeit so ziemlich die einzige Form seelischer Störung, die sich mit einer gewissen Aussicht auf Erfolg simulieren ließ. Nach meiner Überzeugung ist das erst seit der Entdeckung der Pupillensymptome anders geworden. Ich habe mit Hilfe dieser Krankheitszeichen mehrere Simulanten entlarven können, die ihren Täuschungsversuch dann nachher eingestanden haben. Es ist ja klar, daß es Menschen, denen etwa die Todes- oder eine langjährige Zuchthausstrafe bevorsteht, nichts ausmacht, ein paar Wochen lang nicht zu reden, die Nahrung zu verweigern, Stuhl und Urin unter sich gehen zu lassen und Schmerzäußerungen zu unterdrücken; aber gerade bei ihnen äußert sich die innere Spannung, in der sie sich dann naturgemäß befinden, regelmäßig in so lebhaften Psychoreflexen, wie sie bei der Schizophrenie nach meiner Erfahrung überhaupt nicht, auch nicht in beginnenden Fällen, beobachtet werden. Besonders typisch sind diese Pupillenreaktionen, wenn die Straftat und die möglichen Folgen mit dem Kranken während der Untersuchung erörtert werden.

Die faselige Verblödung, die läppische Erregung des Hebephrenen und die katatonische Tobsucht lassen sich nicht simulieren.

VII. Epilepsie.

Abgrenzung.

Die Erkennung des einzelnen epileptischen Krankheitszeichens ist nicht immer leicht; die Diagnose der Epilepsie selbst begegnet deshalb grundsätzlichen Schwierigkeiten, weil die systematische Stellung der so benannten Krankheitsfälle zweifelhaft und schwankend geworden ist. Hartmann und di Gaspero wollen überhaupt nur noch von einem „epileptischen Symptomenkomplex“ sprechen, und Bratz, der die Krampfkranken der Anstalt Wuhlgarten analysiert hat, rechnet nur die Hälfte zur „genuinen“ Epilepsie, während sich die übrigen auf Alkoholisten, Hysteriker, Imbezille, Paralytiker und andere organische Kranke verteilten; außerdem hat derselbe Autor noch eine eigne „Affektepilepsie“ aufgestellt. Wir werden somit diese systematischen Fragen hier nicht unberührt lassen können; die folgenden differentialdiagnostischen Bemerkungen würden ohne eine solche Präzisierung unseres Standpunktes nicht verständlich und in gewisser Hinsicht geradezu sinnlos sein.

Man unterscheidet seit langem eine „Neurose“, die genuine, essentielle oder echte Epilepsie, von Krankheitsfällen, in denen epileptische Erscheinungen nur symptomatisch auftreten. Dabei handelt es sich entweder um Vergiftungen oder um grobe Gehirnerkrankungen, die man als „organische Epilepsie“ der echten so lange gegenüberstellen konnte, als bei dieser selbst anatomische Veränderungen nicht vorausgesetzt wurden.

Nun ist aber allmählich aus der funktionellen Neurose selbst ein anatomisch bedingtes Leiden geworden, und so erhebt sich die Frage, wo und nach welchen Gesichtspunkten die Grenzen zwischen ihr und den bloß symptomatischen Fällen sonst gezogen werden sollen. Und da überdies manche Krankheitsfälle offenbar weder in die eine noch in die andere Gruppe hineingehören, so bleibt weiter zu prüfen, ob es nicht außer ihnen mindestens noch eine dritte, und diesmal möglicherweise doch eine funktionelle Form gibt. Um das zu entscheiden, werden wir etwas weiter ausholen müssen.

Alzheimer hat spezifische anatomische Veränderungen gerade in den Fällen — es waren 60 Prozent des gesamten von ihm untersuchten Materials — nachgewiesen, die früher als Prototyp der Epilepsie gegolten hatten. Damit hat der Begriff der genuinen Epilepsie einen neuen, präzisen Inhalt erhalten, und jede klinische Untersuchung über das Wesen der verschiedenen Epilepsieformen wird von dieser anatomisch bestimmten Gruppe als von ihrem Kern ausgehen müssen. Aber schon dabei ergibt sich eine Schwierigkeit. Alzheimer hat nämlich durchaus nicht behauptet, in den von ihm gefundenen Hirnver-

änderungen schlechthin die anatomische Ursache der Epilepsie aufgedeckt oder gar die Pathogenese des Leidens klargestellt zu haben. Der Autor rechnet damit, daß die von ihm festgestellte Gliavermehrung funktionstragendes Nervengewebe ersetzt hat, das im Verlauf der einzelnen Krampfanfälle zugrunde gegangen war. Danach wäre es immer noch möglich, daß der Anfall selbst und somit das ganze Leiden endotoxisch ausgelöst und das Gehirn beziehungsweise die motorische Rinde nur sekundär gereizt würde. Anders ausgedrückt brauchten also bei dem genuinen Epileptiker unmittelbar vor seinem ersten Krampfanfall anatomische Veränderungen nicht bloß nicht zu finden, sondern auch nicht vorhanden zu sein, obwohl an dem Bestehen der Krankheit in diesem Augenblick doch nicht mehr gezweifelt werden darf. Wären aber die bei der Epilepsie erhobenen anatomischen Befunde in diesem Sinne sekundär, so müßten sie nicht unbedingt geeignet sein, die „echte" Epilepsie von anderen Formen abzugrenzen. Vielmehr stünde es jedem frei anzunehmen, daß jeder epileptische Anfall, wie er auch zustande käme, ähnliche Rindenveränderungen zu hinterlassen vermöchte.

Hier liegt einer der schwierigsten Punkte des ganzen Problems überhaupt. Es ist kein Zweifel, daß Gehirn- und Hirnhautentzündungen ebenso wie Hirnverletzungen im Kindesalter gelegentlich Epilepsien auslösen. Wenn es überhaupt eine „echte" genuine Epilepsie gibt, so gehören diese Fälle einer „Residualepilepsie", wie Kraepelin sie nennt, natürlich nicht dazu. Wären die anatomischen Veränderungen, die Alzheimer bei schwerverblödeten Epileptikern oder nach einem stürmischen Status epilepticus gefunden hat, spezifisch, so müßten sie sich von enzephalitischen und meningitischen Narben, kurz von allen denkbaren anatomischen Korrelaten des weiten Begriffs der zerebralen Kinderlähmung grundsätzlich unterscheiden. Gerade das wird aber, wenn ich den Autor recht verstehe, von Binswanger, dem entschiedensten heutigen Vertreter einer rein funktionellen Epilepsie, bestritten. Binswanger will wenigstens einen Teil der von Alzheimer gefundenen Gliawucherungen mit solchen abgelaufenen Hirnprozessen in Verbindung bringen. Das ist wohl nur unter der Voraussetzung möglich, daß diese enzephalitischen Narben durch die gliösen Residuen späterer epileptischer Anfälle so überlagert würden, daß sie der Anatom als solche nicht mehr zu erkennen vermöchte. Ob das an sich denkbar ist, vermag ich nicht zu beurteilen; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird aber die heutige Histopathologie, zum mindesten in der Hand eines so kompetenten Beurteilers, wie es Alzheimer war, sicherlich in der Lage sein, jede auf Infektion oder Trauma beruhende Rindenveränderung von dem spezifisch epileptischen Prozeß zuverlässig zu unterscheiden.

So werden die folgenden Ausführungen von dem Standpunkt ausgehen, daß es eine in ihrem Wesen noch dunkle, in sich aber geschlossene Krankheit gibt, die wir die echte Epilepsie nennen wollen, und die sich in mannigfachen körperlichen und seelischen Zufällen sowie häufig in einer allmählich fortschreitenden Veränderung der psychischen Persönlichkeit äußert, und der anatomisch spezifische Rindenbefunde entsprechen. Diese Krankheit, die nach Ansicht mancher Autoren immer progredient sein soll, nicht bloß von den grob organisch bedingten und von allen symptomatischen Epilepsien überhaupt, sondern auch von etwa noch vorkommenden funktionellen Formen scharf abzugrenzen, ist eine Aufgabe,

die wir bis heute nur anstreben. Heilbronner hat noch nach Alzheimers Untersuchungen und nach den wertvollen Referaten von Redlich und Binswanger nicht mit Unrecht gesagt, daß diese genuine Epilepsie im wesentlichen durch negative Merkmale charakterisiert sei, und daß es insofern ihr Schicksal sein würde, mit zunehmender Erkenntnis an Umfang mehr und mehr abzunehmen. Wenn der Anatom es auch kann, der Kliniker vermag bisher in der Tat häufig nicht festzustellen, ob eine Epilepsie Rest einer alten Enzephalitis oder eine Krankheit für sich ist. Aber ich glaube doch, daß verfeinerte klinische Beobachtungen, deren Resultate regelmäßig durch das Mikroskop kontrolliert werden, auch darin allmählich Wandel schaffen könnten. Auf einzelne Fragen, die sich dabei aufwerfen, wie die, ob auch die epileptische Verblödung und die Charakterveränderung, die psychischen Zufälle, kleinen Anfälle und Absenzen im Gefolge grob organischer und toxischer Ursachen ebenso auftreten wie bei der echten Epilepsie, kommen wir unten zurück.

Vorher muß noch einer weiteren prinzipiellen Schwierigkeit gedacht werden. Es ist richtig, daß die echte Epilepsie vorläufig im wesentlichen negativ charakterisiert ist. Das Negative bezieht sich in erster Linie auf die Pathogenese. Wir stellen — von anderen Kriterien abgesehen — die Diagnose nur da, wo sich im Leben erworbene Ursachen der epileptischen Anfälle nicht feststellen lassen, und verweisen damit die Ätiologie in das dunkle Gebiet der endogenen und insbesondere der erblichen Faktoren. In der Tat tritt die Krankheit oft familiär auf. Außerdem aber steht fest, daß Epileptiker häufig trunksüchtige Eltern haben, sowie daß sie oft von syphilitischen abstammen oder gar selbst einen positiven Wassermann zeigen (Hauptmann). Nun gehört selbstverständlich jede Epilepsie, die durch eine Gehirnsyphilis bedingt wird, zu den bloß symptomatischen Krankheiten, ebenso wie man eine durch eigenen Alkoholmißbrauch erworbene Epilepsie nicht genuin nennen wird. Ob aber die heute noch unklaren und nur deshalb immer als erblich aufgefaßten Ursachen der echten Epilepsie nicht gelegentlich auch in Keimvergiftungen bestehen, ist eine ebenso offene Frage wie die andere, ob diese Keimvergiftungen nicht gerade durch Alkohol und Syphilis am häufigsten erzeugt werden. Diese Annahme würde uns aber in der Tat wieder in große Schwierigkeiten bringen, denn dem einzelnen Fall können wir es natürlich nicht immer ansehen, ob sein Gehirn greifbare syphilitische Veränderungen aufweist oder durch eine Keimschädigung nur in seiner Entwicklung irgendwie beeinträchtigt worden ist.

Zu den bisher besprochenen Schwierigkeiten, die einer scharfen Abgrenzung einer besonderen Krankheit Epilepsie gegenüberstehen, sind nun im Laufe der letzten Jahre noch andere getreten, die freilich mit denen, die eben erörtert wurden, enger zusammenhängen, als es auf den ersten Blick scheint. Es handelt sich dabei, allgemein gesprochen, um die Frage, ob auch die Epilepsie, wie das manisch-depressive Irresein etwa, in ihren schwächsten Äußerungen fließend in gewisse bloß psychopathische Zustände übergeht, oder ob es nicht wenigstens Formen der Krankheit gibt, bei denen das der Fall ist.

Seitdem Samt zum ersten Male eine klassische Schilderung der psychischen Veränderungen der Epileptiker gegeben hat, hat ihre Darstellung bei der Behandlung des Problems einen immer breiteren Raum beansprucht, und diese Entwicklung hat schließlich folgerichtig damit geendet, daß heute manche Autoren für die Diagnose einer epileptischen Gehirnveränderung das Vorkommen

von Krampfanfällen gar nicht für erforderlich halten. Eine solche Entwicklung wäre selbst dann nicht ganz ohne prinzipielle Bedenken, wenn die angeblich charakteristischen psychischen Symptome bei anderen Krankheiten nicht vorkämen. In Wirklichkeit unterscheiden sich aber die sogenannten epileptischen Verstimmungen (einschließlich der Poriomanie und Dipsomanie), um die es sich bei dieser Frage im wesentlichen handelt, wenig oder gar nicht von den episodischen Stimmungsschwankungen mancher Psychopathen, die niemals andere epileptische Züge darbieten. Das sollte uns denn doch abhalten, dem Epilepsiebegriff nur dieser Verstimmungen wegen eine Ausdehnung zu geben, die jede scharfe Abgrenzung dem großen Gebiet der Psychopathie gegenüber unmöglich machen würde. So gewiß der klassische epileptische Anfall für sich allein die Diagnose der echten Epilepsie nicht rechtfertigt, so sicher erscheint es uns, daß wir sie da nicht stellen dürfen, wo wir das Auftreten eines solchen Anfalles nicht einmal für wahrscheinlich halten.

Eine ganz andere Frage ist es, ob nicht bei Psychopathen epileptische Anfälle vorkommen können. Diese Frage muß heute unbedingt bejaht werden, und wenn man das tut, so klären sich manche Probleme der älteren Literatur von selbst. Vielleicht besitzt die „echte" Epilepsie gar nicht so viel symptomatische Beziehungen zur Psychopathie, wie es früher schien; denn die Fälle, die das beweisen sollten, haben möglicherweise gar keine Epileptiker, sondern umgekehrt Psychopathen betroffen, die unter anderem gelegentlich auch epileptische Anfälle durchmachen. Nichts steht im Wege, diese Fälle mit Bratz Affektepilepsie zu nennen und sie damit zu einer „Neurose" zusammenzufassen. Zu beachten ist nur, daß sie niemals verblöden und auch sonst von der eigentlichen progredienten Form weit abweichen. Noch sind lange nicht alle Fragen, die sich hier aufwerfen, ganz durchgearbeitet worden; wird es aber einmal der Fall und wird von der echten nicht bloß eine symptomatische und Residualepilepsie, sondern auch eine psychopathische, funktionelle Form scharf abgegrenzt worden sein, so werden möglicherweise viele Schwierigkeiten der heutigen Diagnostik, wie die der Verstimmung, der Dipsomanie und Poriomanie, der besonderen Nuancierungen des epileptischen Charakters und endlich die der Hystero-Epilepsie von selbst verschwinden.

Symptome.

Wir kommen auf alle diese Fragen unten zurück, wollen aber jetzt dieses prinzipielle Gebiet verlassen und uns den einzelnen epileptischen Krankheitserscheinungen zuwenden.

Anfall.

Wir beginnen dabei mit dem klassischen Anfall, und zwar ohne auf seine oft geschilderten Einzelzüge näher einzugehen. Charakteristisch ist bekanntlich das plötzliche Hinstürzen, das nicht bloß passiv infolge des Bewußtseinsverlustes, sondern schon aktiv durch die Anspannung gewisser Muskelgruppen erfolgt, sodann der zuerst tonische, später klonische Krampf der gesamten Körpermuskulatur, einschließlich der Inspirationsmuskeln und des Kehlkopfes, und der tiefe, den eigentlichen Krampf lang überdauernde Bewußtseinsverlust, der allmählich — zum Teil in Abhängigkeit von dem Verhalten der Umgebung —

entweder in Schlaf oder in eine mehr oder minder psychotisch gefärbte Bewußtseinstrübung übergeht. Nicht notwendig sind die Aura (S. 362), der initiale Schrei, der populäre blutige Schaum vor dem Mund, Zungenbiß, Abgang von Urin und Kot und Pupillenstarre. Immerhin sind diese Symptome häufig vorhanden. Die Pupillen sollen sich zu Beginn des Anfalls verengern und sind während des weiteren Verlaufs gewöhnlich weit und absolut starr. Gelegentlich werden auch hippusartige klonische Krämpfe der Iris im Anfall beobachtet.

Bei der Beurteilung des Anfalles sind wir zumeist auf anamnestische Angaben, und zwar leider fast immer auf Laienschilderungen angewiesen. Es seien deshalb einige kurze Bemerkungen auch hierüber gemacht. Häufig werden Nachtwandeln in der Kindheit („somnambule" Zustände), Aufschreien aus dem Schlaf (Pavor nocturnus) oder Bettnässen ohne weiteres als Beweise nächtlicher Insulte angeführt. Das ist nicht zulässig. Das Nachtwandeln ist überhaupt kein einheitliches Symptom; was die Angehörigen so nennen, ist recht oft einfach Ausdruck gewisser ängstlicher Zustände bei psychopathischen Kindern oder sogar eine bloße Unart. Eigentliche „somnambule" Zustände mit deliranten Erlebnissen aber sind gewöhnlich hysterischer Natur — ohne übrigens allzu ungünstige Schlüsse auf die weitere nervöse Entwicklung des betreffenden Kindes zuzulassen. In der Anamnese echter Epileptiker spielen diese Dinge gar keine Rolle. Dasselbe gilt für gelegentliches Schreien im Schlaf, das nichts beweist als eine allgemeine nervöse Übererregbarkeit, und an dem überdies viel häufiger die Eltern schuld sind als der Gesundheitszustand des Kindes. Regelmäßiger oder auch nur sehr häufiger Urinverlust des Nachts endlich ist lediglich die Folge einer gewissen Funktionsschwäche und kommt besonders bei Imbezillen vor. Ist das Einnässen ein Zeichen nächtlicher Anfälle, so tritt es natürlich sporadisch auf und wird häufig von anderen Folgen des Anfalls begleitet. Hierhin gehören — von den unten zu besprechenden neurologischen Folgen des Anfalls abgesehen — das Gefühl des Abgeschlagenseins am Morgen, Blut am Kopfkissen, kleine Blutungen in der Haut und den Schleimhäuten, nachfolgende Albuminurie und schließlich direkt sichtbare Folgen des Zungenbisses. Die Zungenverletzungen sind gewöhnlich typisch (vgl. Abb. 62), weil das Zusammentreffen von klonischen Krämpfen in der Zunge und in der Kaumuskulatur Verletzungen an bestimmten Stellen nach sich zieht. Bloße Zahneindrücke oder geschwürige Veränderungen an der Zunge beweisen natürlich nichts.

Recht typisch ist in der Regel der Bewußtseinszustand nach dem epileptischen Insult. Der Anfall selbst dauert wie gesagt nur sehr kurze Zeit; das Koma, das ihn begleitet, geht dann in einen soporösen Zustand über, in dem regelmäßig Traumbilder auftreten. Wachen die Kranken spontan oder durch die Maßnahmen ihrer Umgebung auf, so haben sie nicht das Gefühl, unmittelbar vorher psychisch gar nichts erlebt, sondern vielmehr das, geträumt zu haben. Gewöhnlich wird es ihnen sogar schwer, die Erinnerungen an diese Traumbilder und die Beobachtung der wirklichen Umgebung auseinander zu halten. Außerdem fühlen sie sich abgeschlagen, sind verstimmt, ängstlich, wortkarg, ablehnend, schwer besinnlich, ihr Denken ist verlangsamt, ihre Auffassung gestört.

Untersuchen wir die Kranken in diesem Nachstadium neurologisch, so finden wir charakteristische Ausfallserscheinungen, die freilich bei der symptomatischen Epilepsie noch häufiger und spezifischer, aber darum für den

Nachweis, daß überhaupt ein epileptischer (und nicht etwa ein hysterischer) Krampf stattgefunden hat, nicht weniger wertvoll sind.

Man kann diese Ausfallserscheinungen mit Redlich in kortikale und spinale einteilen. Zu den kortikalen wären die Erschwerung und Verlangsamung aller psychischen Leistungen, aphasische Symptome (gewöhnlich von transkortikalem Charakter), Hörstörungen bis zur Taubheit, Gesichtsfeldeinschränkung, Seelenblindheit, Apraxie, Perseveration, Verbigeration, sodann Silbenstolpern und artikulatorische Sprachstörungen, endlich das Fehlen der Haut-, Steigerung der Sehnenreflexe, Fußklonus, Oppenheim, Babinski und leichte Spasmen zu rechnen. Ausgesprochene Lähmungen treten in der Regel nur nach schwerem Status epilepticus und auch dann höchstens für Tage auf; ziemlich häufig ist dagegen eine allgemeine Hypotonie. Spinal bedingt muß natürlich das Fehlen der Patellarreflexe sein, das zuweilen nach schweren Anfällen beobachtet wird und das wohl der gleichen Erscheinung bei Radfahrern nach starken Dauerleistungen an die Seite gestellt werden dürfte. Durch Muskens haben wir schließlich auch segmentär angeordnete Hyp- und Analgesien kennen gelernt.

Petit mal.

Bei der Besprechung der symptomatischen Formen wird sich zeigen, daß die diagnostische Bedeutung des epileptischen Anfalls, selbst einschließlich dieser unmittelbaren Folgen, verhältnismäßig gering ist. Der epileptische Krampf ist eine allgemeine Reaktionsform, mit der das Gehirn auf sehr verschiedenartige Schädlichkeiten antworten kann. So erhebt sich von selbst die Frage, ob die übrigen Erscheinungen der echten Epilepsie nicht mehr Beweiskraft besitzen. Das ist bis zu einem gewissen Grade wirklich der Fall. Schon das Petit mal ist viel seltener Erscheinung einer bloß symptomatischen Epilepsie als der große Krampfanfall und tritt bei der Alkohol-Epilepsie z. B. ganz zurück. Echte Petit mal-Anfälle beim Erwachsenen können also ziemlich eindeutig beurteilt werden. Freilich wird man sehr großen Nachdruck auf den Nachweis legen müssen, daß die Zustände selbst typisch sind. Eine bloße Ohnmacht z. B. wird allein nach der Schilderung des Kranken und seiner Angehörigen zwar selten bestimmt als nicht epileptisch angesprochen werden dürfen, beweist aber, da sie viel häufiger durch andere Anlässe bedingt wird, erst recht nichts für Epilepsie. Auch Schwindelanfälle sind beinahe immer mehrdeutig und können für die Diagnose nur dann in Anspruch genommen werden, wenn schon andere Anhaltspunkte dafür gegeben sind.

(Gehäufte kleine Anfälle.)

(Ziemlich unbeantwortet ist bis heute die Frage der „gehäuften kleinen Anfälle" bei Kindern geblieben. Friedmann, der sie zuerst beschrieb, hat in diesen Zuständen eine eigene Krankheit sehen wollen; Heilbronner, dem wir besonders gründliche Untersuchungen der Frage verdanken, rechnet einen Teil der Fälle zur Epilepsie und läßt es für die übrigen zweifelhaft, ob man sie zur Hysterie zählen soll. Auch die Symptomatologie dieser Anfälle, die zu mehreren Hunderten am Tage auftreten können, ist noch nicht ganz aufgeklärt. Manche Kinder sinken zusammen oder knicken mitten in ihrer Tätigkeit ein, andere behalten ihre Haltung bei, setzen eine angefangene Handlung automatisch fort und weichen sogar Hindernissen aus; dabei werden sie blaß, die Pupillen weit,

der Blick ist starr, und meist nach oben gerichtet —und ehe noch eine eingehende Untersuchung Platz greifen kann, ist alles wieder vorüber. So können wir nicht einmal über den Bewußtseinszustand etwas Bestimmtes sagen, doch meint Vogt, daß das Bewußtsein gewöhnlich nur leicht oder überhaupt nicht getrübt ist. „Die Bewußtlosigkeit betrifft nur die höheren Funktionen des Gehirns", sagt Friedmann; dementsprechend haben viele Kinder auch eine Erinnerung an die Anfälle, die im wesentlichen also in einer kurzen und teilweisen Unterbrechung des Denkens bestehen. Zuweilen wird in ihnen übrigens auch irgend eine verkehrte Handlung wie Exhibitionismus begangen (Kraepelin). — Daß ein Teil dieser Anfälle als epileptisch angesehen werden muß, erscheint mir nach eigenen, insbesondere therapeutischen Erfahrungen (mit Brom nud Luminal) außer allem Zweifel zu sein; ebenso aber sind andere Fälle sicher durch psychische Maßnahmen (einschließlich der Hypnose) zu beeinflussen, und oft haben die Kinder selbst das Gefühl, den Anfall durch eine Willensanstrengung unterdrücken zu können. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle, in der es auch niemals zur epileptischen Demenz oder zum epileptischen Charakter kommt, besitzt jedoch weder zur Epilepsie noch zur Hysterie Beziehungen. (Mit der Narkolepsie Gélineaus, die fast nie vor dem dritten Jahrzehnt auftritt, haben die „gehäuften kleinen Anfälle" der Kinder nichts zu tun).

Migräne.

Recht schwierig ist ferner die Beurteilung der Zustände, die, wenn sie bei Epileptikern auftreten, als sich in der Aura erschöpfende abortive Anfälle aufgefaßt werden müssen. Handelt es sich um kurzdauernde motorische Entladungen — Lauf-, Beuge-, Dreh- und Schüttelbewegungen u. dgl. — so bleibt freilich die epileptische Natur selten zweifelhaft; wohl aber können sensorische Symptome recht vieldeutig sein. Die Kranken bekommen nur hemianopische Erscheinungen oder ein Flimmerskotom; sie sehen einen Stern im Gesichtsfeld etc., oder es tritt eine echte Augenmigräne auf. Alles das kommt bei echten Epileptikern vor. Wir sehen aber ganz ähnliche Symptome verhältnismäßig häufig bei nervösen und insbesondere bei zu vasomotorischen Erscheinungen neigenden Leuten, die in den Verdacht der Epilepsie sonst niemals geraten würden, und wir treffen sie ziemlich regelmäßig bei Menschen, die an habitueller Migräne leiden. Nun bestehen allerdings zwischen Migräne und Epilepsie irgendwelche noch nicht aufgeklärte Beziehungen. Fälle, bei denen Erscheinungen beider Krankheitsformen beobachtet werden, sind zu häufig, als daß das Zusammentreffen als ein zufälliges angesehen werden könnte. Dazu schließen sich an manche Migräneanfälle körperliche und psychische Ausfallserscheinungen an, die den postepileptischen vollkommen gleichen, und endlich sehen wir gelegentlich einen epileptischen Insult auf der Höhe des Migräneanfalls auftreten. Trotzdem wird man nicht etwa beide Krankheiten einfach zusammenwerfen dürfen. Auch die Migräne ist ebenso wie der epileptische Anfall eine Reaktionsform des Gehirns, die auf eine bestimmte Krankheit noch nicht zurückschließen läßt, und da ihr Sitz zweifellos in der Rinde gesucht werden muß, sind gewisse symptomatische Beziehungen zur Epilepsie nichts weniger als wunderbar.

Verstimmungen.

Damit wollen wir die rein körperlichen Äußerungen der Epilepsie verlassen und uns den psychischen Störungen zuwenden. Auch in dieser Hinsicht haben sich unsere Anschauungen im Laufe der letzten Jahre erheblich gewandelt. Bis vor zehn Jahren wurde die Literatur durch die Anschauung Aschaffenburgs beherrscht, nach der bestimmte Verstimmungen (vgl. S. 364) in dieser Form nur bei Epilepsie vorkommen, im Einzelfalle also das Vorliegen der Epilepsie ohne weiteres beweisen sollten. Die weitere Entwicklung hat nicht Aschaffenburg, sondern Wollenberg Recht gegeben, der gegen diese Ausdehnung des Epilepsiebegriffes von vornherein scharf Front gemacht hat. Oben wurde schon gesagt, daß wir die Verstimmungen der Epileptiker nicht zuverlässig von denen anderer Psychopathen zu unterscheiden vermögen. Auch das Kriterium der fehlenden psychischen Motivierung hat in dieser Hinsicht nicht Stich gehalten: bloße Psychopathen können ohne äußeren Anlaß und Epileptiker nach einem solchen verstimmt werden.

Die gleiche Erwägung gilt ziemlich unverändert für die Dipsomanie und die Poriomanie (S. 366), die ja in gewissem Sinne überhaupt nur Unterformen der Verstimmung darstellen. Auch sie kommen bei Epileptikern vor, aber sie beweisen für sich allein die Epilepsie nicht, weil sie auch bei hysterischen und anderen Psychopathen angetroffen werden, die sonstige epileptische Züge niemals in ihrem Leben erkennen lassen. Ja zunächst bleibt sogar noch die Frage nachzuprüfen, ob die Fälle, bei denen sowohl epileptische Anfälle wie dipsomanische oder poriomanische Zufälle beobachtet werden, überhaupt der genuinen und nicht vielmehr den bloß symptomatischen (Alkohol) beziehungsweise den Affekt-Epilepsien angehören.

Epileptische Psychosen.

Das gilt freilich nur für die eigentlichen Verstimmungen selbst. Schwerere epileptische Psychosen, auch wenn sie zum gelegentlichen planlosen Umherirren führen, gehören sicherlich der echten Epilepsie an; sie werden aber auch zu Verwechselungen mit den Wanderzuständen der Hysterischen und der Degenerativen kaum jemals Anlaß geben. (Raecke.) Dafür besitzen die epileptischen Delirien und Dämmerzustände Beziehungen nach anderen Seiten hin. Intoxikations- und Infektionspsychosen ebenso wie manche Psychosen nach Gehirnerschütterungen, bei Hirntumoren, Meningitis (die symptomatischen Psychosen Bonhoeffers) können diesen epileptischen Zuständen sehr ähnlich werden (vgl. S. 384). Sehr sorgfältige Analysen geben uns wohl allgemeine Anhaltspunkte für die Unterscheidung, versagen aber in manchem Einzelfall. So sind Epileptiker in der Regel bemüht aufzupassen, sich zu orientieren und Fragen aufzufassen, es gelingt ihnen aber nicht, und sie erscheinen deshalb nicht bloß moros, finster und explosiv, sondern auch ratlos und gespannt. Bei den Fieberdelirien besteht wohl immer ein schweres subjektives Müdigkeitsgefühl, während Erschwerung der Wortfindung, paraphasische Antworten, Perseverieren und Ablenkbarkeit nicht so hervortreten wie bei dem Epileptiker.

Noch wertvoller als diese psychologischen Unterschiede sind häufig die körperlichen Begleiterscheinungen epileptischer Psychosen (Pupillenstarre, Ataxie, choreiforme und Zitterbewegungen). Schließlich werden uns eine sorg-

fältige Anamnese und die Beobachtung des weiteren Verlaufs fast immer vor Irrtümern in dieser Richtung schützen.

Dagegen kann die Unterscheidung epileptischer und katatonischer Erregungszustände auch durch längere Zeit hindurch nahezu unmöglich werden. Die Inkohärenz und die motorische Erregung ist in beiden Fällen oft ganz gleich, die Sinnestäuschungen verhalten sich wohl im großen und ganzen verschieden, werden aber zur Abgrenzung auch nicht immer ausreichen. Besonderer Nachdruck ist dagegen auf die Feststellung zu legen, ob das in beiden Fällen gewöhnlich vorhandene ablehnende Verhalten auf Negativismus oder (bei der Epilepsie) auf ängstlichem Widerstreben beruht (Kraepelin). Daß im Anschluß an epileptische Anfälle aber auch echter Negativismus auftreten kann, erscheint mir persönlich nicht zweifelhaft zu sein. — Auf die Unterscheidung der epileptischen von hysterischen Psychosen soll unten eingegangen werden.

Epileptische Demenz und epileptischer Charakter.

Schließlich sei die diagnostische Bedeutung der dauernden psychischen (vgl. S. 338) Veränderungen der Epileptiker besprochen. Wir haben schon gehört, daß bei der Affektepilepsie eine Verblödung regelmäßig ausbleibt und daß sie nach Kraepelin bei Betrachtung aller Epileptiker überhaupt nur in 50 Prozent der Fälle beobachtet wird. Vielleicht wird diese Zahl größer werden, wenn es einmal gelungen ist, alle bloß symptomatischen Fälle einschließlich der „Residualepilepsie" auszuscheiden; heute steht leider noch nicht fest, daß diese nicht auch mit einer fortschreitenden Verblödung einhergehen kann; ja manche Einzelerfahrungen machen eine solche Entwicklung sogar ziemlich wahrscheinlich. Ist die Demenz in gewissem Sinne Folge der Anfälle und wird sie durch die bei den Insulten eingeleiteten Rindenveränderungen bedingt, so brauchte ein prinzipieller Unterschied zwischen diesen Formen und der echten Epilepsie in der Tat nicht zu bestehen. Daß bei Erwachsenen entstehende Tumoren etc. die charakteristische epileptische Verblödung mit der typischen Verlangsamung und Schwerfälligkeit aller psychischen Leistungen, der Verarmung des Vorstellungsschatzes und der Beschränktheit nicht hervorzurufen vermögen, versteht sich von selbst. Dasselbe gilt für die Charakterveränderungen (Egoismus, gehobenes Selbstgefühl, launenhaftes Wesen, Reizbarkeit, Hoffnungsfreudigkeit, Überwiegen religiöser Vorstellungen, Unterwürfigkeit, gespreizthöfliche Umgangsformen, vgl. S. 338), die bei der echten Epilepsie noch häufiger sind als eine wirkliche Demenz.

Übrigens ist die Diagnose der epileptischen Demenz an sich nicht ganz leicht. Heilbronner warnt mit Recht davor, vorübergehende mit dauernden Ausfällen zu verwechseln. Im Anschluß an gehäufte Anfälle geraten Epileptiker nicht selten in einen Zustand, in dem Auffassungsvermögen, Gedächtnis und Urteil schwer geschädigt sind, ohne daß diese Mängel bestehen bleiben müßten. Auf der anderen Seite pflegen freilich viele Anfälle das intellektuelle Niveau wirklich dauernd herabzusetzen, wobei es dahingestellt sein mag, ob beide Erscheinungen koordiniert oder die eine der anderen untergeordnet ist. Noch verderblicher wirken gehäufte petit mal-Anfälle.

Verlauf.

Alles in allem läßt sich sagen, daß nahezu alle Einzelerscheinungen der

genuinen Epilepsie vieldeutig sind (Heilbronner), so daß die Diagnose auf den Nachweis mehrerer oder aller Einzelsymptome angewiesen ist. Für die echte Epilepsie ist gerade ein gewisser Polymorphismus der Erscheinungen charakteristisch, und wenn Krampfanfälle, Zustände von petit mal, episodische psychische Störungen, Charakterveränderungen und Demenz zusammentreffen, so liegt sicher echte Epilepsie vor. In weniger durchsichtigen Fällen wird man gut tun, den Verlauf zu beachten. Verhältnismäßig oft beginnt die Krankheit um die Pubertätszeit, und zwar zunächst gewöhnlich mit selten (alle 1 bis 3 Monate) auftretenden kleinen Anfällen, bis dann — sehr oft des Nachts — ein erster schwerer Anfall einsetzt. Diese Anfälle werden erst ganz allmählich häufiger — beherrschen bis dahin nicht vorhandene Krämpfe plötzlich das Krankheitsbild, so liegt entweder ein stürmisch verlaufender organischer Prozeß (Tumor, Enzephalitis etc.) oder aber Hysterie vor. Im Laufe der Zeit wird dann gewöhnlich im Auftreten der Anfälle eine gewisse Regel durchsichtig; so finden wir sie bei Frauen verhältnismäßig häufig immer zur Zeit der Periode. Die kleinen Anfälle können mit den großen abwechseln oder ihnen gegenüber allmählich zurücktreten; wenn sie gar nicht vorkommen, so ist das eine seltene Ausnahme, mit der man diagnostisch nur im Notfall rechnen soll. Je häufiger die Anfälle (und insbesondere die Absenzen) sind, um so schneller entwickeln sich gewöhnlich auch dauernde psychische Veränderungen. Sie sind im Anfang oft schwer zu fassen. Die Eltern wissen nur anzugeben, daß ihr Kind anders ist als früher. Allmählich — oft im Laufe weniger Jahre — wird aber die Reizbarkeit ebenso deutlich wie die Schwerfälligkeit im Denken, Sprechen und Bewegen.

Während der Behandlung wird man schließlich auch die Wirksamkeit des Broms (und des Luminals) für die Diagnose verwerten können; zum mindesten spricht das Ausbleiben des Erfolges gegen genuine Epilepsie. Daß bei Hysterikern jedes Mittel auf suggestivem Wege nützen kann, versteht sich von selbst. Die Anfälle nach dem Vorschlag von Wagner v. Jauregg u. a. durch subkutane Kokaingaben zu provozieren, erscheint mir mit Gaupp doch nicht unbedenklich.

Symptomatische Epilepsien.

Die Diagnose der symptomatischen Epilepsie läßt sich schwer in allgemeingültiger Form besprechen, weil diese Gruppe ganz heterogene Krankheiten umfaßt. Wir wissen heute, daß epileptische Anfälle bei disponierten Menschen auf starke seelische Erregungen oder auf sehr große körperliche Anstrengungen ebenso folgen können wie auf einmalige alkoholische Exzesse z. B. Daß bei chronischen Alkoholisten eine besondere Form von Epilepsie vorkommt, steht ungeachtet der Seltenheit dieser Fälle fest, und beim Delirium tremens treten Krampfanfälle in mindestens 10% der Fälle auf. Vorübergehende epileptische Insulte erzeugen aber auch das Opium, das Kokain, die Kohlenoxyd-, Schwefelkohlenstoff- und die akute Arsenvergiftung — um nur einige zu nennen, denn die Reihe der Gifte, die so wirken können, ist sehr lang. Auch beim Ergotismus werden nicht bloß typische epileptische Anfälle mit Aura, Zungenbiß und Urinverlust, sondern auch Erschöpfungslähmungen (siehe unten) und Dämmerzustände beobachtet. Die Pellagra scheint mehr Anfälle von Jacksonschem Typus zu bedingen, und bei Fleisch-

und Wurstvergiftung werden im allgemeinen nur schmerzhafte Muskelkrämpfe erwähnt. Nicht sicher bewiesen ist das Vorkommen echter epileptischer Anfälle bei der Quecksilbervergiftung, bei der nur Schwindelanfälle mit Hinstürzen an der Tagesordnung sind. Sicher epileptische Zustände kann dagegen das Blei hervorrufen (siehe unten).

Daß sich die Anfälle der Eklampsie und der Urämie nicht ohne weiteres vom echten Status epilepticus unterscheiden lassen, versteht sich von selbst. Typische epileptische Anfälle werden aber auch bei Basedow-Kranken, und zwar nach Sattler in 3% aller Fälle, im Verlauf der Tetanie und schließlich bei der Dementia praecox beobachtet. Freilich erscheint mir die Zahl von 18%, die Kraepelin angibt, nach meinen eigenen Erfahrungen sehr hoch; ich erinnere mich nur eines einzigen Falles, in dem ein Teil der beobachteten Anfälle wirklich einen rein epileptischen Charakter erkennen ließ.

Von den organischen Hirnkrankheiten seien hier Schädeltraumen, Hirnnarben, Tumoren, Abszesse und andere raumbeengende Prozesse einschließlich des Hydrozephalus, die multiple Sklerose, die Enzephalitis, die Meningitis, Lues cerebri, Paralyse und Arteriosklerose genannt. Bei allen diesen Krankheiten können typische epileptische Krämpfe auftreten, und daraus folgt die selbstverständliche Regel, daß jeder noch nicht aufgeklärte Anfall neben einer internen (Urin etc.!) zu einer genauen neurologischen Untersuchung einschließlich des Augenhintergrundes Anlaß geben muß.

Im ganzen pflegen bei Erwachsenen auftretende grobe Prozesse wie Tumoren etc. noch am wenigsten Schwierigkeiten zu bereiten. Ebenso einfach liegen die häufigen Fälle, in denen das kindliche Gehirn auf eine Enzephalitis etc. nicht bloß mit epileptischen Anfällen, sondern von vornherein auch mit einer zerebralen Lähmung und Imbezillität reagiert. Um so schwieriger wird die Diagnose, wenn die psychischen Funktionen wenig oder gar nicht geschädigt und die Lähmungen so geringfügig sind, daß ihr exakter Nachweis oder doch ihre Unterscheidung von postepileptischen Ausfallserscheinungen nicht ohne weiteres gelingen. So haben Freud, Rie und Redlich die Fälle, in denen Epilepsie mit Linkshändigkeit zusammentrifft, als zerebrale Kinderlähmungen der linken Hemisphäre deuten wollen. Das Beispiel zeigt, daß es sich hier um prinzipielle Fragen handelt, deren Beantwortung die Diagnose im Einzelfalle abwarten muß. Denn wenn Heilbronner recht hat, nach dem der Rindenprozeß auch bei der echten Epilepsie von bestimmten Stellen der Gehirnrinde ausgehen kann, würden diese Ausfälle natürlich auch eine andere Deutung zulassen, die von Steiner in der Tat versucht worden ist.

Im übrigen gehört die Diagnose der grob organisch bedingten Epilepsien in das Gebiet der Hirnpathologie, auf deren Darstellung hier verwiesen werden muß. Die Erkennung der Hirntumoren, bestimmter Formen von Enzephalitis, der multiplen Sklerose und der tuberösen Sklerose, um nur einiges zu nennen, kann im Rahmen dieses Buches nicht besprochen werden.

Typische und Jacksonsche Anfälle.

Hier mögen nur einige Bemerkungen über die Unterscheidung des „typischen" und des Jacksonschen Anfalles eingeschaltet werden. Krämpfe

von Jacksonschem Typus treffen wir in reinster Form bekanntlich bei scharf lokalisierten Prozessen (Tumoren etc.) der motorischen Rinde. Dementsprechend geht ihnen oft eine charakteristische Aura in dem Körperabschnitt voraus, der der gereizten Rindenpartie entspricht; dann folgen — ohne vorausgegangene tonische Starre — Krämpfe in demselben Abschnitt, die erst allmählich in gesetzmäßiger Reihenfolge — der Einteilung der motorischen Rinde entsprechend — auf die übrige Muskulatur übergreifen; und schließlich bleiben häufig Ausfallserscheinungen — Lähmungen oder wenigstens gesteigerte Sehnenreflexe, Babinski, Fußklonus etc. — wieder in dem Gebiet zurück, dessen Rindenvertretung betroffen worden ist. Das Bewußtsein bleibt entweder erhalten oder erlischt doch erst nach dem Eintreten der Krämpfe.

Sind alle diese Kriterien gegeben, so wird es sich in der Tat kaum je um echte Epilepsie handeln. Um so wichtiger ist die Feststellung, daß sie auch bei scharf umgrenzter Rindenerkrankung nicht immer gegeben sind, und — was beinahe noch unangenehmer ist — daß manche von ihnen gelegentlich auch bei echten Epileptikern nachgewiesen werden können. Freilich muß dabei wieder die allgemeine Einschränkung gemacht werden, daß wir die „echte" und manche grob organisch bedingte, also symptomatische Epilepsien nicht immer scharf unterscheiden können. Von den Folgen gewisser Enzephalitiden in der Kindheit war oben (bei Besprechung der Beziehungen zwischen „zerebraler Kinderlähmung" und Epilepsie) schon die Rede. Hinzugefügt sei jetzt, daß auch Jacksonsche Krämpfe, die sich beim Erwachsenen etwa an Schädeltraumen angeschlossen haben, allmählich im Laufe von Jahren den Charakter typischer epileptischer Anfälle annehmen können. Hält man dazu die Tatsache, daß manche nicht gerade in der motorischen Region lokalisierte, umschriebene Rindenerkrankungen wie Abszesse und Tumoren des rechten Schläfenlappens z. B. häufig Anfälle nicht von Jacksonschem, sondern von rein epileptischem Charakter auslösen, so ist zuzugeben, daß hier Irrtümer leicht vorkommen werden. Wir müssen ja doch durchaus mit der Möglichkeit rechnen, daß auch der spezifisch epileptische Rindenprozeß trotz seiner schließlich diffusen Verbreitung von einer bestimmten Partie ausgehen oder doch gelegentlich in ihr besonders stark anschwellen könnte. Sicher ist jedenfalls, daß auch echte Epileptiker gelegentlich halbseitige Krämpfe bekommen; sogar ein Status hemiepilepticus ist bei ihnen beschrieben worden. Andererseits gibt es freilich sklerosierende Rindenkrankheiten (Spielmeyer), die schließlich mit schweren Lähmungen enden und die mit echter Epilepsie trotz des charakteristischen Verhaltens der Krampfanfälle sicherlich nichts gemein haben. Hier noch intra vitam Grenzen zu ziehen ist eine Aufgabe der Zukunft.

Ausfallserscheinungen in beiden Fällen.

Lassen uns das Verhalten der Aura, die Verteilung der Krämpfe und der Zeitpunkt des Bewußtseinsverlustes im Stich, so werden wir versuchen müssen aus etwaigen Ausfallserscheinungen nach dem Anfall Schlüsse zu ziehen. Diese sind ja schon deshalb wertvoll, weil wir den Anfall selbst so häufig nicht mehr zu Gesicht bekommen. Leider ist aber auch dieses Kriterium nicht absolut zuverlässig. Die Ausfallserscheinungen bei der symptomatischen Epilepsie können symmetrisch auf beide Körperhälften verteilt sein und sich dann von denen nicht unterscheiden, die wir gelegentlich auch bei „echten" Epilepti-

kern antreffen. Freilich erhebt sich wieder die Frage, ob die Kranken, bei denen das letztere der Fall ist, wirklich „echte“ Epileptiker sind, d. h. ob sie nicht ihre Anfälle einer alten Enzephalitis, Meningitis etc. verdanken. Insofern hat Heilbronner recht, wenn er meint, die Frage, ob auch bei echter Epilepsie intravalläre Ausfallserscheinungen vorkämen, bewege sich einigermaßen im Kreise. Fürs erste werden wir aber mit der Tatsache rechnen müssen, daß solche Ausfälle[1]) tatsächlich bei Kranken vorkommen, die wir vorläufig der Epilepsie noch zuzählen müssen. Nach allem, was wir heute über „die“ Epilepsie wissen, liegt eigentlich auch kein Grund vor, postparoxysmelle Ausfälle bei ihr nicht zu erwarten. Sie werden, wie die oben gegebene kurze Skizze gezeigt hat, durch die Symptome des Anfalls und durch die von Alzheimer nach den Krämpfen nachgewiesenen Rindenveränderungen vollkommen erklärt.

Einzelformen der symptomatischen Epilepsie.

Natürlich muß hier von einer ausführlichen Darstellung aller Krankheiten, bei denen epileptische Anfälle vorkommen können, abgesehen werden, dagegen seien wenigstens die wichtigsten von den Gehirnleiden besprochen, bei denen mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit psychische Störungen und epileptische Krämpfe zusammentreffen.

Wir beginnen mit der Lues.

Lues.

Bekanntlich kann die Paralyse nicht bloß epileptiforme Anfälle vom Jacksonschem Typus, sondern auch echte epileptische Insulte hervorrufen. Ähnlich verhält sich die Hirnsyphilis, bei der ebenfalls beide Formen des epileptischen Anfalls beobachtet werden.

Die Beziehungen der Lues zur Epilepsie sind aber damit nicht erschöpft. Daß Epileptiker verhältnismäßig häufig von syphilitischen Eltern abstammen, erwähnten wir schon. Bei einem Teil dieser Fälle scheint die Syphilis nur auf dem Wege der Keimschädigung zu wirken; ein anderer gehört in das Gebiet der zerebralen Kinderlähmungen im weitesten Sinne, weil ihnen Enzephalitiden und Meningitiden zugrunde liegen. Außerdem gibt es aber noch eine syphilitisch bedingte Form von Spätepilepsie, die rein monosymptomatisch auftritt, und bei der spezifische Veränderungen im Gehirn bis jetzt wenigstens nicht gefunden worden sind. Binswanger sieht deshalb in ihr eine typisch „dynamische“ Form, während Redlich doch stets organische Veränderungen voraussetzt. Wir wissen übrigens durch Nonne, daß Quecksilber in diesen Fällen nicht mehr wirkt, so daß man nicht berechtigt ist, aus dem Zusammentreffen dieser bloßen Spätepilepsie (ohne Herdsymptome) mit positivem Wassermann die verhältnismäßig günstigen prognostischen Folgerungen abzuleiten, die für die eigentliche Hirnsyphilis gelten.

Arteriosklerose.

Daß die Arteriosklerose epileptische Anfälle auslösen kann, wurde schon erwähnt; hinzugefügt sei, daß die Deutung dieses Symptoms im Sinne

[1]) Von groben Zufällen, wie von dem Eintreten einer Apoplexie während eines epileptischen Krampfes, sehen wir hier natürlich ab.



einer eigentlichen Rindenerkrankung den Nachweis voraussetzt, daß es nicht auf toxischem Wege im Gefolge einer Nierenerkrankung zustande kommt. Gerade diese wird im Verein mit der arteriosklerotischen Herzaffektion von manchen Autoren als die häufigste oder gar als die alleinige Ursache der Spätepilepsie (Epilepsia tarda) angesehen, deren wesentlichste klinische Eigentümlichkeit neben dem späten Beginn das Ausbleiben der psychischen Dauerveränderungen darstellt. Ein großer Teil der hierher gehörigen Kranken hat übrigens Alkoholabusus getrieben.

Schädeltraumen.

Schädeltraumen, die epileptische Anfälle auslösen, werden diagnostische Schwierigkeiten dann selten machen, wenn sie ältere Personen betreffen. Recht schwer kann aber die Diagnose da werden, wo ein jüngeres Individuum eine solche Verletzung erlitten hat oder erlitten haben soll. Sicher sind der Sturz vom Pferde und dergleichen recht häufig nicht Ursachen, sondern Folgen des ersten epileptischen Anfalls. Auf der anderen Seite scheint es fest zu stehen, daß eine wirklich traumatisch bedingte und deshalb zunächst unter dem Jacksonschen Typus verlaufende Epilepsie später in eine allgemeine übergehen und daß im Verlauf dieser Entwicklung, wenn es sich um verhältnismäßig junge Individuen handelt, sogar eine Verblödung eintreten kann.

Alkohol.

Damit wenden wir uns zu den toxischen Formen und beginnen mit den recht verwickelten Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Ihre Beurteilung hat in den letzten Jahren große Wandlungen durchgemacht. Den ätiologischen Auffassungen älterer psychiatrischer Autoren entsprach es, daß epileptische Insulte eines Trinkers zunächst als Symptom und damit als Folge der als solche schon nachgewiesenen exogenen Schädlichkeit gedeutet wurden, — heute sind wir an dem Punkte angelangt, an dem die Epilepsie fast immer als genuine und somit als das Primäre erscheint und die sekundäre, symptomatische Alkoholepilepsie dementsprechend fast ganz verschwindet. In dem Satz von Schröder, die Alkoholepilepsie wird um so seltener, je besser die Anamnese ist, findet diese Auffassung einen noch verhältnismäßig vorsichtigen Ausdruck.

Natürlich wird mit dieser Feststellung die oben schon erwähnte Tatsache nicht bestritten, daß akute Alkoholvergiftungen epileptische Anfälle auch bei Nicht-Epileptikern auslösen können (daß der Alkohol bei der Epilepsie häufig krampferzeugend wirkt, ist ja lange bekannt). Die meisten Fälle, in denen bei vorher gesunden Personen nach einem Exzeß schwere Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren, sind mit epileptischen Insulten verlaufen, und selbst bei Säuglingen, die von einer trunksüchtigen Mutter genährt wurden, hat man typische Krämpfe eintreten und nach Fortfall der Schädlichkeit ausbleiben sehen. Ebenso sind die häufigen schweren Anfälle im Beginn vieler Alkoholdelirien Folgen der chronischen bezw. subakuten Intoxikation. Damit ist aber natürlich noch nicht bewiesen, daß der chronische Mißbrauch zu einer dauernden epileptischen Gehirnveränderung Anlaß geben kann, und in der Tat fehlt es nicht an Autoren, die eine eigentliche Alkoholepilepsie im Sinne von Magnus Huß glatt leugnen.

In dem Widerstreit der Meinungen, der in dieser Hinsicht besteht, hat am

meisten Anklang der Standpunkt von Bratz gefunden, der zwischen Alkoholepilepsie und habitueller Epilepsie der Trinker unterscheidet. Die zweite von diesen Krankheitsformen erweist sich im Gegensatz zur ersten dadurch als nicht rein alkoholischer Natur, daß die Anfälle auch in der Abstinenz wiederkehren. Hinsichtlich der eigentlichen Alkoholepilepsie im Sinne von Bratz aber verdanken wir Bonhoeffer den Nachweis, daß alkoholepileptische Anfälle in der Klinik immer nur in den ersten der Aufnahme folgenden Tagen beobachtet werden. Nur Schwindelanfälle treten gelegentlich auch später noch auf. Fälle dieser Art müssen gewiß als Folgen der Trunksucht gedeutet werden und sie stehen somit wohl prinzipiell denen nahe, in denen außer epileptischen Anfällen vor allem delirante Symptome das Bild beherrschen. Mit diesem gemeinsam ist ihnen auch die große Schwere der eigentlichen Anfälle, die ganz gewöhnlich in Form des Status oder wenigstens in Serien auftreten, sowie das Fehlen von Absenzen, Verstimmungen, Dämmerzuständen, Ohnmachten (Kraepelin). Sind diese Symptome vorhanden, so liegt der Verdacht nahe, daß eine genuine (latente) Epilepsie durch Alkoholismus kompliziert ist.

Noch erwähnt sei, daß der pathologische Rausch (vgl. S. 393) dem epileptischen Dämmerzustand nicht nur symptomatologisch verwandt ist, sondern auch zweifellos bei Epileptikern besonders häufig auftritt. Außerdem wird die Disposition zu dieser krankhaften Reaktion unter anderm (Hysterie, Psychopathie) auch durch chronischen Alkoholmißbrauch verstärkt.

Blei.

Von anderen durch exogene Gifte bedingten Epilepsien sei noch die Bleiepilepsie besprochen. Hier wird man an dem Vorkommen einer echten Intoxikationsepilepsie — die der Alkoholepilepsie analog ist — nicht mehr zweifeln dürfen (Jacksch). Außer dieser Form hat jedoch Jolly noch zwei andere aufgestellt: die urämisch-eklamptische, die mit Delirien kombiniert ist und nicht direkt durch das Blei, sondern erst durch die Bleinephritis hervorgerufen wird, und die symptomatische, bei der grobe anatomische Gehirnläsionen (Blutungen usw.) unter anderm auch epileptische Insulte bedingen. Übrigens besitzen auch die akuten Bleipsychosen gewisse Beziehungen zur Epilepsie. Einmal wird ihr Eintreten von epileptischen Anfällen begleitet; sodann ähnelt die Symptomatologie des Blei-Deliriums der schweren Bewußtseinstrübung und den motorischen Erscheinungen des epileptischen Dämmerzustandes.

Selbstvergiftungen.

Die Entstehung epileptischer Anfälle durch im Körper selbst gebildete Gifte besitzt deshalb ein besonderes prinzipielles Interesse, weil ja möglicherweise der echten Epilepsie selbst eine solche Selbstvergiftung zugrunde liegt. Auch in diesem Zusammenhange ist es wichtig, daß die Epilepsie so häufig in der Pubertät beginnt oder sich wenigstens während dieser Jahre verschlechtert, sowie daß epileptische Anfälle während der Menstruation, der Schwangerschaft und des Wochenbetts besonders leicht auftreten.

Es ist somit theoretisch nicht ganz unmöglich, daß die eigentliche Epilepsie zur Eklampsie der Schwangeren innigere Beziehungen besitzt, als der klinische Verlauf zunächst vermuten lassen könnte. Praktisch ist jedoch daran festzuhalten, daß manche gesunde Frau, die weder vorher noch nachher

jemals einen epileptischen Anfall durchmacht, in der Schwangerschaft eklamptische Zustände bekommt. Diagnostische Schwierigkeiten werden dadurch selten entstehen — kaum jemals ist wohl die künstliche Entbindung wegen eines Status epilepticus eingeleitet worden, der für Eklampsie gehalten worden war.

Etwas Ähnliches gilt für die urämischen Anfälle und Dämmerzustände, die freilich symptomatologisch den epileptischen sehr ähnlich sein können.

Schließlich werden epileptische Anfälle auch im Verlauf der Tetanie beobachtet. Die Differentialdiagnose dieses Leidens ist bekanntlich oft namentlich bei Kindern recht schwer, die an spasmophiler Diathese leiden. Es sei deshalb erwähnt, einmal daß rachitische Kinder besonders gefährdet sind, daß Brustkinder selten erkranken und die Muttermilch die Zustände meist heilt; sodann daß die Spasmophilie selten im Sommer, häufig im Winter und Frühjahr auftritt; drittens daß die Kinder fast nie vor der achten Woche und ebensowenig nach dem dritten und vierten Lebensjahr erkranken; und endlich, daß ihre Eklampsie fast stets mit zahlreichen Anfällen einsetzt (Vogt). In allem verhält sich die Epilepsie anders; dazu kommen Fazialisphänomen, Trousseau, galvanische Übererregbarkeit und typische tetanische Anfälle. Übrigens hat Aschaffenburg (ohne uns zu überzeugen) eine prinzipielle Verwandtschaft zwischen Eklampsie der Kinder und Epilepsie nachweisen wollen.

Psychasthenische Anfälle. Affektepilepsie.

Damit wenden wir uns zur dritten Hauptgruppe, der funktionellen Neurose „Affektepilepsie". Wir erwähnten schon, daß epileptische Anfälle bei neuropathischen Leuten im Anschluß an einen Schreck, eine starke körperliche oder seelische Anstrengung ebensowohl auftreten können wie im Gefolge eines Alkoholexzesses, abnormer Kälte- und Hitzewirkungen etc. Oppenheim hat eine ganze Reihe von Fällen mitgeteilt, die ängstliche, an Zwangsvorstellungen, Platzangst und dergleichen leidende Psychopathen betrafen und bei denen Anfälle beobachtet wurden, die der Autor nur deshalb psychasthenisch nennt, weil der gesamte psychische Habitus gegen Epilepsie sprach. Die Symptomatologie des Anfalles selbst unterscheidet sich von der des epileptischen nicht. Diese Fälle können in der Tat ernste diagnostische Schwierigkeiten bereiten, und angesichts eines ersten psychasthenischen Anfalls wird sich die Möglichkeit der Epilepsie wohl niemals ganz ausschließen lassen. Um so wichtiger ist es für die Beobachtung des Verlaufs, daß die psychasthenischen Anfälle niemals ohne äußeren Anlaß auftreten und durch Brom nicht beeinflußt werden, sowie daß Absenzen und Dämmerzustände ebenso ausbleiben wie psychische Dauerveränderungen.

Im übrigen beweisen die Beobachtungen Oppenheims zunächst nur, daß epileptische Anfälle nicht bloß aus organischer und toxischer, sondern auch aus vasomotorischer Ursache vorkommen, und sie erklären uns manche älteren Angaben, wie die, daß auch die Tachykardie gelegentlich zu Krämpfen führen könne; aber da es sich bei ihnen im großen und ganzen um sehr vereinzelte Vorkommnisse handelt, geben sie zur Aufstellung einer eigenen Neurose keinen genügenden Anlaß. Anders steht es mit den affektepileptischen Anfällen von Bratz und Leubuscher, die mit den psychasthenischen Krämpfen nicht ganz identisch sind oder doch jedenfalls eine viel größere und

klinisch bedeutsamere Gruppe von Kranken umfassen. Ob diese nicht eine Neurose, eine besondere Form der Psychopathie bildet, ist eine Frage, die ernstlich erörtert werden muß. Freilich unter der für uns selbstverständlichen Voraussetzung, daß sich die Einzeltypen der Psychopathie niemals scharf gegeneinander absetzen werden.

Was für die Aufstellung einer eignen „Affektepilepsie" spricht, ist vor allem das verhältnismäßig einheitliche Bild, das die Persönlichkeit der hierher gehörigen Kranken und das der weitere Verlauf ihres Lebens bieten. Ihr Wesen entspricht im großen und ganzen dem gewisser Psychopathen, bei denen Reizbarkeit, endogene Verstimmungen und Haltlosigkeit zusammentreffen. Mit dem genuinen Epileptiker haben sie — von den Anfällen selbst abgesehen — viel weniger gemein; denn selbst die Reizbarkeit und die Verstimmungen zeigen doch wohl noch eine besondere Färbung. Von den eigentlichen „Haltlosen" unterscheiden sie sich durch ihr unverträgliches, aufbrausendes Wesen, während sie mit ihnen übereinstimmen in der Willensschwäche, die die unstete, abenteuerliche und oft unsoziale Lebensführung in beiden Fällen mitbedingt. Dazu kommen aber hier noch manche Züge aus dem Charakter des pathologischen Schwindlers. Die Kranken halten nirgends aus, sinken — auch bei leidlicher Begabung und ordentlicher Ausbildung — sozial tief herab, werden zu Gelegenheits- oder Gewohnheitstrinkern, begehen alle möglichen anderen Exzesse, treiben sich in der Welt herum, betteln, stehlen, betrügen, begehen Hochstapeleien, Hausfriedensbruch und groben Unfug, sie treten auf Jahrmärkten auf und sind zu irgend einer geregelten, dauernden Tätigkeit völlig unfähig. Ihre eigene Haltlosigkeit verbietet ihnen, äußere Schranken zu achten, und so entgleisen sie regelmäßig während ihrer militärischen Dienstzeit. Die wenigen Fälle, die ich selbst[1]) sah, waren fast alle in Deutschland desertiert und schließlich in der Fremdenlegion gestrandet, bis sie von da entkommen oder als krank abgeschoben worden waren.

Diese Lebensführung, die sich durch die oft ganz leidliche intellektuelle Begabung, wie gesagt, nicht erklären läßt, wird regelmäßig durch die affektiven Störungen der Kranken verständlich. Ihr unstetes Wesen beruht auf den fortgesetzten Schwankungen ihres gemütlichen Gleichgewichts und auf ihrer oft ganz ungeheuren Reizbarkeit. Großes Selbstgefühl mit großsprecherischem Wesen wechselt mit kleinmütiger Verzagtheit; ehrliche Reue und gute Vorsätze werden oft schon nach wenigen Stunden durch einen wütenden Haß gegen die Gesellschaft abgelöst. In solchen Stimmungen verlassen die Kranken ihre Arbeit und laufen davon — zuweilen nach irgend einem kleinen Ärger, noch häufiger ohne jeden erkennbaren Anlaß. Gewöhnlich treten dann Beeinträchtigungsideen auf; die anderen werden bevorzugt, hänseln den Patienten, werfen ihm seine Vergangenheit vor, alles ist gegen ihn verschworen, „so muß man ja Sozialdemokrat werden". Häufig richtet sich die Verstimmung auch gegen den Kranken selbst, er begeht Selbstmordversuche (von oft etwas theatralischer Färbung) oder geht auf die Polizei, um sich irgend eines eingebildeten Verbrechens — Mord, Sittlichkeitsdelikt, Diebstahl — zu beschuldigen.

In diesen Zuständen werden wir wohl schon immer eine gewisse Bewußt-

[1]) vor dem Kriege.

seinstrübung voraussetzen müssen. Ganz allgemein bestehen zwischen dem durchschnittlichen Verhalten dieser Kranken und ihren episodischen psychischen Störungen so fließende Übergänge, daß die Beurteilung des Bewußtseinszustandes im Einzelfall unmöglich werden kann. Das planlose Davonlaufen und die oft wochenlangen ziellosen Reisen und Wanderungen beruhen ebenso wie die sehr häufigen dipsomanischen Attacken auf endogenen Veränderungen des Bewußtseins, schließen sich darum aber doch oft an äußere Erlebnisse an. Die Reizbarkeit führt häufig zu Wutanfällen, die alle Kriterien des Dämmerzustandes erfüllen. Es bleibt dann nicht bei dem nörgelnden, unzufriedenen, morosen und geladenen Wesen, das wir so gut von der genuinen Epilepsie her kennen, sondern es treten Delirien mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen auf, in deren Symptomatologie epileptische und hysterische Krankheitszeichen sich ganz unentwirrbar vermischen. Die Wahnbildungen beschränken sich fast immer auf gewisse systematisierte Beeinträchtigungsideen und werden höchstens noch durch hysterisch-pseudologistische Erfindungen verbrämt; psychologisch unverständliche, inkohärent vorgetragene Gedanken sehen wir hier nie. Ebenso stehen die Sinnestäuschungen denen der Hysterie näher als den epileptischen. Die Reizbarkeit, die Wut, das sinnlose Schimpfen zeigen bei aller elementaren Gewalt der Entladung doch etwas Gewolltes; man wird bei diesen Kranken viel eher als bei echten Epileptikern auf die Idee kommen, sie psychologisch zu beeinflussen, ihnen also gut zuzureden oder aber — sie zu bestrafen. In der Tat beruhigen sie sich gar nicht selten, wenn man sie ganz sich selbst überläßt oder ihnen einen Wunsch erfüllt, durchaus im Gegensatz zu den Epileptikern, deren Verstimmung schlechthin abgewartet werden muß. (Übrigens bin ich überzeugt, daß die Symptomatologie der eigentlichen epileptischen Verstimmung ebenso wie die des epileptischen Charakters eben deshalb einer neuen Darstellung bedarf, weil beide bisher gewöhnlich mit diesen affektepileptischen Zuständen vermengt worden sind.) Oft erhält schließlich die Erregung des Kranken durch Alkoholexzesse noch eine besondere Färbung, und recht häufig kommt es zum eigentlichen „pathologischen Rausch“.

Alle diese episodischen Ereignisse unterscheiden sich also von denen der genuinen Epilepsie nicht ein für allemal, sondern nur insofern, als sich das Bild bei Betrachtung aller Fälle etwas mehr nach der psychogenen, hysterischen Seite verschiebt. Das gilt — freilich nur bei Berücksichtigung aller Fälle! — in noch stärkerem Grade auch für die eigentlichen Anfälle selbst. Wenn man einfach feststellt, daß typische epileptische Krämpfe, Ohnmachten, Absenzen und Schwindelanfälle ebenso vorkommen wie Verstimmungen und Dämmerzustände, so scheint freilich kein Unterschied gegenüber der genuinen Epilepsie zu bestehen. Aber die Schwindelanfälle und Ohnmachten überwiegen über die Krämpfe, und die Anfälle selbst treten nie ohne psychischen Anlaß auf, dauern oft viel länger als die der genuinen Epilepsie, bis zu Stunden, und zeigen in ihrer Gestaltung gewisse psychogene Beimengungen. Sie künden sich gelegentlich durch stundenlange Prodrome an, dagegen kommt es nie zum Status. Im Laufe des Lebens werden die Anfälle seltener, oft bleiben sie schon früh für Monate fort, in der Anstalt treten sie zurück, im Gefängnis nehmen sie zu, und von der Regelmäßigkeit, mit der sich die Erscheinungen der echten Epilepsie gewöhnlich wiederholen, ist gar keine Rede. Manche Kranke

bekommen überhaupt nur ein bis zwei Anfälle im Leben und bilden so den Übergang zu den reizbaren Psychopathen ohne „Affektepilepsie". Dazu finden wir Erscheinungen, die bei der genuinen Epilepsie zum mindesten selten sind: Schlafanfälle, häufiges Bettnässen, Zähneknirschen des Nachts, ängstliche Träume, somnambule Zustände, Wachträumen.

Ist man durch diese Eigentümlichkeiten aufmerksam geworden, so wird man bald auch die Besonderheiten des psychischen Dauerzustandes bemerken. Die Kranken verblöden niemals und sie zeigen auch nie die Schwerfälligkeit, die breitspurige Art des echten Epileptikers, die Verlangsamung der Sprache, die Umständlichkeit und Pedanterie seiner Lebensführung. Daß auch sie oft salbungsvoll und bigott erscheinen, ist eine mehr äußerliche Ähnlichkeit; denn bei ihnen sind das vorübergehend angenommene Züge, die oft ganz plötzlich durch wilde Blasphemien und atheistische Schimpfereien abgelöst werden. Ja es ist möglich, daß sich noch viel mehr Unterschiede herausstellen und dann manche Fragen klären werden, die heute sehr widersprechende Antworten gefunden haben. Gaupp hat die Dipsomanie für ein epileptisches Symptom erklärt, Rieger niemals epileptische Züge bei Quartalssäufern, niemals Dipsomanie bei Epileptikern beobachtet — sollte nicht die Dipsomanie ein psychopathisches Krankheitszeichen sein, das deshalb gelegentlich mit affektepileptischen Anfällen zusammentrifft? Für die Poriomanie und die Verstimmungen überhaupt ist etwas ganz Ähnliches denkbar. Auch die berühmten „Epileptiker" der Geschichte, die doch in das Bild der genuinen Epilepsie so gar nicht passen wollen, werden sich leichter verstehen lassen, wenn die nicht verblödenden Fälle erst allgemein aus der genuinen Epilepsie ausgeschieden worden sind.

Schließlich aber wird ein Problem vielleicht hier seine Lösung finden, das bisher mehr durch theoretische Abgrenzungen beiseite geschoben, als durch umfassende klinische Untersuchungen aus der Welt geschafft worden ist: das der Hystero-Epilepsie.

Natürlich drängt sich angesichts der Darstellung der Affektepilepsie, die wir soeben im Anschluß an Bratz, Leubuscher und Kraepelin und zum Teil gestützt auf eigene Beobachtungen gegeben haben, der Gedanke auf, daß es sich bei den angeblich epileptischen Erscheinungen um hysterische Reaktionen von Psychopathen gehandelt habe. In der Tat sind es wohl dieselben Fälle, die manche Autoren (Hoche) vermuten lassen, die Hysterie vermöchte wie so vieles andere auch den epileptischen Anfall auszulösen. Widerlegen wird sich diese Ansicht, zu deren Unterstützung man noch das Vorkommen von Anästhesien und Analgesien bei Affektepileptikern heranziehen kann, nicht lassen, aber fürs erste scheint es uns doch nicht zweckmäßig zu sein, alle psychisch ausgelösten Zustände dieser Art ohne weiteres der Hysterie zuzurechnen. Daß die von psychasthenischen oder affektepileptischen Anfällen betroffenen Menschen keine spezifisch hysterischen Charakterveränderungen aufweisen, geht aus der vorhandenen Kasuistik deutlich hervor; ebensowenig aber hat sich der Nachweis führen lassen, daß die Anfälle selbst etwa psychogener Natur im eigentlichen Sinne (= ideagen) wären. Bloß vasomotorisch bedingte Zustandsveränderungen der Hirnrinde aber den hysterischen Reaktionen zuzurechnen, liegt doch kein Anlaß vor.

Nehmen wir dagegen eine besondere Affektepilepsie an, die sowohl zur

Epilepsie wie zur Hysterie nur gewisse äußere Beziehungen besitzt, so sind wir aus allen Schwierigkeiten heraus. Daß die Affektepilepsie außer diesen mehr zufälligen äußeren Ähnlichkeiten eine innere Verwandtschaft nur zur Hysterie, nicht aber zur Epilepsie besitzt, versteht sich für den von selbst, der wie wir in „der“ Epilepsie eine organische Krankheit, in der Hysterie und der Affektepilepsie aber bloße Typen aus dem großen flüssigen Gebiet der Psychopathie erblickt, die notwendig miteinander verwandt sein müssen. Aus den folgenden Erörterungen wird das erst vollends klar werden.

Differentialdiagnose, Epilepsie und Hysterie.

Die Unterscheidung von Epilepsie und Hysterie im Einzelfall ist heute im großen und ganzen leichter, als man nach manchen Lehrbuchdarstellungen annehmen könnte. Bei der großen Mehrzahl der hysterischen Anfälle wird kein Arzt von einiger Erfahrung darüber im Zweifel bleiben, daß ein so elementares, von dem Bewußtseinsinhalt des betreffenden Kranken so unabhängiges Ereignis wie der epileptische Krampf nicht vorliegt. Dazu wird uns die feinere Beobachtung fast immer die kortikale Entstehung in dem einen, die psychogene im anderen Falle auch an gewissen Einzelheiten erkennen lassen. Beim epileptischen Anfall erfolgen die Krampfbewegungen fast immer gleichzeitig auf einer Körperhälfte, beim hysterischen finden wir nicht den Hemi-, sondern den Paratypus, d. h. der Ober- oder der Unterkörper zucken synchron. Jellineck, von dem dieser Hinweis stammt, macht auch auf die rasche Erholung aufmerksam, die beim Hysteriker selbst nach dem schwersten und längsten Anfall auftritt, — im Gegensatz zum Epileptiker, der nach zwei Minuten vollkommen zerschlagen und benommen ist.

Schwerer wird unsere Aufgabe natürlich, wenn wir überhaupt nur postparoxysmelle Zustände zu Gesicht bekommen oder gar auf die Anamnese angewiesen sind. Zumeist kann man jedoch auch aus den Schilderungen der Angehörigen, selbst wenn sie ungebildet und von der epileptischen Natur des beschriebenen Insults überzeugt sind, entnehmen, daß ihre vielfältigen Heilungsmethoden an dem Kranken deshalb nicht wirkungslos abprallen, weil er eben hysterisch ist. Gewöhnlich werden die hysterischen Anfälle bekanntlich auf diese Weise ebenso verlängert und gesteigert, wie sie in der Klinik, wenn man sie ignoriert, schnell verschwinden. Wird uns von stundenlangen Anfällen erzählt, die womöglich jeden Abend zu ein und derselben Stunde oder regelmäßig in einer bestimmten Situation auftreten, so sind sie sicher nicht epileptisch. Auch daß schwere Verletzungen, Zungenbisse, Ekchymosen in der Haut und den Schleimhäuten (Pfister) und Urinverlust bei Hysterischen nur ausnahmsweise vorkommen, wird sich für die Diagnose verwerten lassen — nur muß man wissen, daß schwer Hysterische, die viel von diesen Dingen gehört haben, auch solche Symptome nachahmen, und daß leichte Hautblutungen infolge des Umsichschlagens bei ihnen recht häufig sind. Insbesondere wenn die Verletzungen nach ein- und demselben Anfall auf viele Stellen des Körpers verteilt und doch nicht erheblich sind, werden sie sich aus dem Ablauf des epileptischen Anfalles nur schwer erklären lassen. Ebenso zu beurteilen sind andere Nebenumstände, wie die, daß Kranke mit sehr häufigen Anfällen noch niemals in Gesellschaft oder im Theater zusammengebrochen sind, — es sei denn, daß diese Form von Sensation auf der Linie ihrer Wünsche liegt. Bei Kindern kann

man zuweilen feststellen, daß die Anfälle auf einer Sommerreise oder bei einem Logierbesuch plötzlich verschwinden oder daß sie infolge der Anwesenheit eines unbeliebten oder eines allzu beliebten Kinderfräuleins rapid anschwellen (Heilbronner). Nicht ganz zuverlässig ist dagegen das Kriterium, daß nur epileptische Anfälle aus dem Schlaf heraus auftreten sollen; bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trifft freilich auch das zu, aber es steht doch fest, daß ängstliche Träume auch bei Hysterikern schließlich Krampfanfälle auszulösen vermögen, ohne daß sich das Bewußtsein inzwischen wieder hergestellt hätte. Der hysterische Anfall ist eben von allen hysterischen Reaktionen diejenige, die am seltensten direkter und alleiniger Ausfluß eines Wunsches ist. Hier spielt ein viel komplizierterer Mechanismus, als man nach der Theorie der Begehrungsvorstellungen etwa annehmen könnte.

Absolut beweisend sind natürlich Erschöpfungslähmungen (Babinski etc.) und sonstige körperliche Folgen des epileptischen Anfalles (Eiweiß im Urin).

Nicht unbedingt zuverlässig ist dagegen das Symptom der Pupillenstarre. Karplus, A. Westphal und anderen verdanken wir den Nachweis, daß es (ganz ausnahmsweise) auch im hysterischen Anfall vorkommt. Die Pupillen sind dann entweder sehr eng oder sehr weit oder schwanken auch in ihrer Weite[1]). Das kann diagnostisch recht unbequem werden. Zum Glück sind die Fälle aber so selten, daß man praktisch nur im äußersten Notfalle mit ihnen zu rechnen braucht.

(Umso wichtiger ist die theoretische, prinzipielle Bedeutung der hysterischen Pupillenstarre. Der Nachweis ihres gelegentlichen Vorkommens ist geeignet, die nach unseren Grundanschauungen unhaltbare Lehre von der Hystero-Epilepsie endgültig zu widerlegen; denn sicherlich ist gelegentlich gerade die Beobachtung dieses Symptoms bei einem sonst unzweifelhaft hysterischen Anfalle die Ursache für diese Zwitterdiagnose gewesen.)

Epilepsie und Hysterie sind grundsätzlich verschiedene Krankheiten, die nach unserer Überzeugung in einander nicht übergehen können; aber eben deshalb können sie sich bei einem Individuum zusammenfinden, genau so, wie ein Neurastheniker ein Karzinom bekommen kann. Dazu kommt noch, wie wir früher (vgl. S. 339) gesehen haben, daß die epileptische Krankheit und insbesondere die epileptische Charakterveränderung das Auftreten nicht bloß von psychogenen Reaktionen, sondern auch von hysterischen Charakterzügen begünstigen.

Diese Züge werden bei Epileptikern aber immer als sekundäre hinter den spezifischen psychogenen Ausfallssymptomen der Epilepsie selbst zurücktreten, während man umgekehrt schwere Hysteriker höchstens dann für epileptisch-dement halten wird, wenn sie entweder imbezill oder aber auf Grund einer falschen Diagnose mit Brom überfüttert worden sind (Heilbronner).

Über die kleinen Anfälle in Gestalt der gehäuften Bewußtseinsverluste bei Kindern ist oben schon gesprochen worden. Von subjektiv empfundenen Schwindelanfällen werden uns natürlich auch hysterische Patienten recht

[1]) Ähnliche Veränderungen werden sogar außerhalb des Anfalls beobachtet, wenn auch die Fälle, die nicht auf Täuschung beruht haben, bald aufgezählt sind. Die meisten werden übrigens schon deshalb keine Schwierigkeiten bereiten, weil die miotische Starre mit Konvergenz-Krampf und die mydriatische mit Akkommodationslähmung verbunden ist.



häufig berichten. Dagegen beweist eine glaubwürdig geschilderte oder vom Arzt selbst beobachtete Absence wohl ohne weiteres den epileptischen Charakter des Leidens. Hinsichtlich der akuten hysterischen und epileptischen Psychosen ist vor allem zu beachten, daß hysterische Symptome im Sinne der Stigmata auch bei Epileptikern vorkommen. Halbseitenanästhesien z. B. finden wir in Dämmerzuständen, mögen sie sich nun an einen epileptischen Anfall anschließen oder nicht, gar nicht selten. Viel wichtiger sind die rein psychologischen Unterscheidungsmerkmale. Auch die epileptische Erregung hat genau wie der Anfall stets etwas Elementares, nicht Motiviertes und Gewaltsames an sich und wirkt gerade darum auf die Umgebung so unheimlich und erschreckend; die hysterische entbehrt selten einer augenfälligen, theatralischen Beimengung; wenn sich die Kranken auch noch so wild gebärden, eine gewisse Rücksicht auf ihren eigenen Körper wird man doch immer bemerken können. Der epileptische Dämmerzustand hängt von dem Verhalten der Umgebung wenig oder gar nicht ab, der hysterische ist stets auf das Publikum berechnet und nimmt deshalb regelmäßig zu, sobald sich der Kranke beobachtet sieht. Auch der Charakter der Sinnestäuschungen ist, wie wir früher betont haben, im großen und ganzen verschieden, während die Stimmung sowohl bei der Epilepsie wie bei der Hysterie bald ekstatisch-verzückt, bald ängstlich sein kann.

Schließlich werden typisch organische Reaktionen wie Haften, Schwerbesinnlichkeit, paraphasische Entgleisungen bei Hysterikern natürlich immer vermißt.

VIII. Hysterie.

Begriffsbestimmung.

Bei Besprechung der Suggestibilität im allgemeinen Teil haben wir gewisse Symptome, die man herkömmlicherweise hysterisch nennt und besser mit Sommer psychogen[1]) nennen sollte, auf die Erwartung des Patienten zurückgeführt, in bestimmter Weise krank sein zu müssen[2]). Dabei sind außer den Störungen bewußt ablaufender Funktionen (Lähmungen, Kontrakturen, Blindheit etc.) auch solche Reaktionen als in diesem Sinne „hysterisch" anerkannt worden, die von der Suggestion nicht direkt, sondern erst indirekt abhängen, so etwa wie die Pupillenerweiterung und eine vermehrte Peristaltik auf die Angst sekundär folgen.

Eine scharfe Grenze zwischen psychogenen Symptomen und normalen Vorkommnissen hat sich dabei ebensowenig ziehen lassen, wie manche „hysterische" Krankheitszeichen von neurasthenischen z. B. oder aber beide von gelegentlichen Begleitsymptomen des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox, der organischen Psychosen getrennt werden konnten. Die Suggestibilität an sich ist normal; pathologisch wird sie erst, wenn verhältnismäßig kleine Anlässe ungewöhnlich stark wirken. Das gäbe einen ganz subjektiven Maßstab, der, wie wir sahen, überdies für jede Altersstufe, für jedes Geschlecht, für jede Bevölkerungsklasse und für jedes Zeitalter noch verschieden ausfallen müßte. Kinder und Frauen sind suggestibler (z. B. auch leichter zu hypnotisieren) als erwachsene Männer, und die gröbsten Äußerungen der Hysterie, wie Krampfzustände, Lähmungen, Anfälle, trifft man bei der Landbevölkerung häufiger als bei stärker zivilisierten Städtern. Die Stählung des Willens, zu der die Kultur den heranwachsenden Menschen um so mehr erzieht, je mehr er sich modernen Lebensbedingungen anpassen muß, scheint ihn auch Suggestionen gegenüber abzuhärten.

Schon aus diesen Erfahrungen könnte man folgern, daß das einzelne psychogene (hysterische) Symptom die Diagnose eines Dauerzustandes, der Konstitution „Hysterie" noch nicht rechtfertigt. Wenn eine ganze Schulklasse die Chorea eines Kameraden nachahmt, so können nicht gut alle Kinder vorher an einem hysterischen Charakter gelitten haben; das gleiche gilt, wenn Erwachsene, die bis dahin nie krank gewesen sind, auf einen Unfall, auf

---

[1]) Die weitere Unterscheidung von ideagen und psychogen scheint mir nur zu Mißverständnissen zu führen.

[2]) Auf diese Symptome soll in diesem Kapitel nicht weiter eingegangen werden; es muß also zu seiner Ergänzung der betreffende Abschnitt des allgemeinen Teils nachgelesen werden.

Kriegserlebnisse oder auf unzweckmäßige ärztliche Maßnahmen mit analogen Symptomen antworten, oder wenn gar eine ganze Gemeinde an einer „psychischen Epidemie" teilnimmt. Denn die Hysterie besteht nicht in dem gelegentlichen Auftreten psychogener Symptome, sondern in einer Erkrankung der gesamten Persönlichkeit.

Insofern liefert uns ein wirklich brauchbares Kriterium für die Unterscheidung von hysterischen Symptomen und hysterischer Krankheit erst der Verlauf. Die monosymptomatische Hysterie der Kinder heilt zumeist restlos aus und kehrt, wenn sich die auslösenden Ursachen nicht wiederholen, niemals wieder, und die vorübergehenden psychogenen Erscheinungen, die bei nervös rüstigen Erwachsenen (z. B. im Kriege) durch einen starken Schreck oder irgend eine suggestiv wirkende Schädlichkeit sonst veranlaßt werden, verhalten sich darin ganz ähnlich[1]). Die Krankheit Hysterie aber ist ein sehr ernstes Leiden, das, wo es sich einmal eingenistet hat, zwar seine Erscheinungen proteusartig wechselt, als solches aber jeder Therapie trotzt.

Was ist also die Hysterie? Manche Autoren haben die Krankheit ganz leugnen und nur das Adjektiv „hysterisch" zulassen wollen. Daran ist zweierlei richtig: einmal, daß die Hysterie keinen Krankheitsprozeß darstellt, der ein vorher gesundes Gehirn für eine gewisse Zeit befällt, um dann mit oder ohne Defekt auszuheilen, sondern eine Charakterstörung, eine veränderte Reaktionsformel gegenüber den Reizen des Lebens; und ferner, daß diese hysterische Konstitution mit den übrigen funktionellen Krankheiten, insbesondere mit anderen Formen der psychopathischen Veranlagung, ebenso wie mit der normalen Psyche durch fließende Übergänge verbunden ist. Aber genau so wie sich Manie und Melancholie im Gesamtgebiet des manisch-depressiven Irreseins als bestimmte Zustandstypen herausheben, so gibt es auch Persönlichkeiten, deren ganzes Leben eine in sich geschlossene und nur als Hysterie zu überschreibende Krankengeschichte darstellt.

Jaspers hat das Wesen des hysterischen Charakters auf die Formel zu bringen gesucht: „Anstatt sich mit den ihr gegebenen Anlagen und Lebensmöglichkeiten zu bescheiden, hat die hysterische Persönlichkeit das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu erscheinen, als sie ist, mehr zu erleben, als sie erlebensfähig ist". Die Definition geht unseres Erachtens noch nicht allen Fällen ganz auf den Grund und für die allermeisten reicht sie nicht aus; wir werden sie durch den Hinweis auf die Insuffizienz dem wirklichen Leben gegenüber, auf die Labilität der Affekte, das Überwuchern der Phantasietätigkeit, die Unwahrhaftigkeit, den Eigensinn, den Egoismus und nicht zuletzt auf die gesteigerte Suggestibilität[2]) ergänzen müssen; aber sie ist die beste, die wir zur Zeit geben können, und deshalb soll im folgenden von den in ihr betonten Merkmalen ausgegangen werden.

Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, erscheinen die hypochondrische Tendenz mancher hysterischer Persönlichkeiten und ihre Neigung, Krankheitsvorstellungen in Krankheitserscheinungen umzusetzen, nur als ein Teil der

[1]) Die Unfallshysterie muß deshalb aus dem Fortbestehen einer Schädlichkeit (der Rentenansprüche) erklärt werden.

[2]) Vgl. S. 245.

Grundabsicht, etwas zu erleben, für sich und für andere etwas zu bedeuten. Diese Absicht, für die die meisten Gesunden wenigstens aus ihren Kindheitsjahren ein gewisses Verständnis zu bewahren pflegen, richtet sich — von anderen Zusammenhängen, die uns gleich noch beschäftigen werden, abgesehen — deshalb so häufig auf die eigene Gesundheit, weil hier eine jedem gebotene Möglichkeit liegt, andere zur Teilnahme zu zwingen. Das Hypochondrische kann aber auch ganz fehlen oder — was am häufigsten ist — sich mit anderen Äußerungen des hysterischen Charakters verbinden.

Diese Äußerungen brauchen, wie gewissen populären Auffassungen gegenüber hervorgehoben werden muß, nicht immer unsozial und unmoralisch zu sein. Gewiß sind sowohl Herostrat wie Salome typische Vertreter des hysterischen Charakters, und die Reihe ließe sich leicht verlängern. Zu allen Zeiten haben sich hysterische Persönlichkeiten neuen politischen, religiösen, literarischen und künstlerischen Bewegungen angeschlossen und sie durch Übertreibungen in Mißkredit gebracht. Aber es gibt auch sehr harmlose und liebenswürdige Hysteriker, die niemandem wehe tun und die mit allem Gehabe um ihre eingebildeten, kleinen Leiden höchstens sich selbst schädigen; manche andere zeigen den krankhaften Eigensinn vornehmlich in einem übertriebenen Pflichtgefühl und in nicht zu bändigender Arbeitswut; und manche Mütter endlich scheinen überhaupt weniger für sich als für ihre Kinder hysterisch zu sein. In solchen Fällen kommen nur einige von den unten zu schildernden Charakterzügen zur Entwicklung und auch diese erreichen nicht den Grad einer schweren psychischen Entartung.

Entstehung.

Außerdem hängt die Wirkung mancher hysterischen Eigenschaften von äußeren Umständen ab. So kann der pathologisch gesteigerte Ehrgeiz, wenn er in ein verständiges Fahrwasser gelenkt wird, auch Gutes bewirken. Ich kenne einen heute beinahe weltbekannten Gelehrten, dessen früher unzweideutig hervortretende hysterische Anlage inzwischen durch wissenschaftliche Erfolge gesättigt zu sein scheint, — trivial könnte man sagen: er hat es nicht mehr nötig, hysterisch zu sein. Bei anderen produktiv tätigen Personen (Künstlern etc.) treten krankhafte Züge nur in Zeiten hervor, in denen ihre Arbeit aus irgendwelchen Gründen brach liegt. Viele Damen würden hysterisch sein, wenn sie nicht in einer großen Kinderstube wirkliche Befriedigung oder in der Kranken- und Armenpflege wenigstens eine Tätigkeit gefunden hätten, die ihrem Bedürfnis nach Anerkennung und Dankbarkeit gerecht wird. Im Kriege finden wir schwere hysterische Reaktionen, die auf eine Charakterveränderung zurückschließen lassen, so gut wie niemals in den chirurgischen Lazaretten, wohl aber bei disponierten Leuten, die körperlich wenig oder gar nicht verletzt worden sind; schwere Verwundungen machen hysterische Symptome überflüssig. Auch daß sich manche nervöse Frauen gerade während der Gravidität besser befinden als sonst, gehört hierher: die vermehrte Teilnahme der Angehörigen erfüllt ihren Wunsch nach Beachtung; deshalb verschwinden die Beschwerden, um sofort wiederzukommen, wenn diese Fürsorge hinter ihren Erwartungen zurückbleibt.

Viel gestritten worden ist über die Frage, ob ein hysterischer Charakter

immer angeboren ist oder auch im Leben erworben werden kann[1]). Zuweilen scheint eine unzweckmäßige, verzärtelnde Erziehung die Schuld zu tragen — aber hier könnte man in dem unvernünftigen Verhalten der Eltern auch den Ausdruck einer psychopathischen Anlage sehen, die vererbt und bei den Kindern als Hysterie manifest wird. Sicher ist, daß nervös sehr rüstige Menschen die Wirkungen einer solchen Erziehung später häufig wieder abschütteln. Mehr beweisen die Menschen, die in hysterischen Symptomen offensichtlich nach einem Ersatz für ein äußerlich unbefriedigendes Leben suchen; genannt seien: gebildete „Fräuleins", Gouvernanten, alte Jungfern usf. Ähnlich wirkt wohl bei der häufigen Hysterie der Prostituierten, neben der angeborenen Minderwertigkeit und dem Alkoholmißbrauch, die trost- und hoffnungslose Lage mit, die einen Teil dieser Frauen ein Surrogat für ihr Glückbedürfnis in der Krankheit suchen läßt[2]).

Zuweilen kann die Entwicklung des hysterischen Charakters auf ganz bestimmte seelische Anlässe, wie Enttäuschungen in der Ehe, im Beruf, Verlust des einzigen Kindes, schwere innere Konflikte, schlechtes Gewissen, zurückgeführt werden. Ausnahmsweise vollzieht sich diese Veränderung sogar so schnell, daß man von einer „Flucht in die Krankheit" gesprochen hat, die dann erfolgt, wenn der Betreffende aus einer — fast immer selbstverschuldeten — Situation keinen anderen Ausweg mehr sieht. Immerhin hat die Anlage zur Hysterie dann immer schon vorher bestanden.

Verhältnismäßig oft entsteht sodann ein hysterischer Charakter — gewissermaßen unter unseren Augen — während einer langdauernden körperlichen Krankheit[3]). Es ist kein Zweifel, daß hysterische Züge bei Epileptikern und multiplen Sklerosen häufiger sind als bei anderen Personen. Die in der Krankheit gegebene Veranlassung, sich mit dem eignen Gesundheitszustand zu beschäftigen, und zugleich wieder der Mangel einer normalen Befriedigung des Lebensbedürfnisses führen hier wie unter manchen ähnlichen Verhältnissen — Siechtum nach Verletzungen usf. — zu einer tiefgreifenden psychischen Veränderung, die ausnahmsweise bekanntlich auch bei jungen Menschen beobachtet wird, die ihres schwächlichen Körpers wegen als „Sorgenkinder" groß geworden sind. Auch bei der konstitutionellen Nervosität treten zu ursprünglich rein „neurasthenischen" Reaktionen (vasomotorische Störungen, Angst, Schlaflosigkeit, Kopfdruck, Ermüdbarkeit) häufig nicht bloß psychogene Symptome, sondern auch echt hysterische Charakterveränderungen hinzu. Die-

[1]) Wir sehen dabei natürlich ab von dem Manifestwerden einer verstärkten Suggestibilität bei organischen Hirnkrankheiten und im Gefolge gewisser Vergiftungen (Schwefelkohlenstoff). Der hysterische Charakter besitzt Beziehungen z. B. zum chronischen Alkoholismus und zum Morphiummißbrauch, aber was hier das Primäre ist, läßt sich schwer sagen.

[2]) Die gewöhnlich in diesem Zusammenhang angeführte Disposition der Dienstboten bezieht sich wohl weniger auf den hysterischen Charakter als auf psychogene Reaktionen, zu der ja die Landbevölkerung an sich stärker neigt, und die sich dann in der Stadt gelegentlich verstärkt.

[3]) Diese Krankheit kann natürlich bei Frauen auch ein Unterleibsleiden sein. Wenn man weiß, wie sehr chronische Parametritiden usf. die Lebensfreude beeinträchtigen können, und dazu hält, daß manche Frauen schließlich auch noch erfahren, daß sie alles dies dem eigenen Mann verdanken, so wird man sich nicht wundern, daß diese Krankheiten manchen hysterischen Charakter manifest werden lassen. Die Gegenprobe ergibt aber gerade hier, daß zahllose Frauen das alles aushalten, ohne hysterisch zu werden.

selbe Entwicklung kann sogar die erworbene Neurasthenie durchmachen, wenn sie nur lang genug dauert und die äußeren Umstände ungünstig sind: die durch die Erschöpfung gesetzten Veränderungen bilden sich zurück, die Beschwerden bleiben jedoch aus psychogenem Anlaß bestehen, und inzwischen gestaltet sich die Persönlichkeit im Sinne der Hysterie um. Bekannte Beispiele bieten viele Unfallpatienten und Kriegsteilnehmer, bei denen sich die Verzweiflung über das erlittene Unglück, die Erinnerung an die Feldzugserlebnisse, die Furcht vor der Arbeit oder vor der Rückkehr zur Front, der Kampf um die Rente und endlich häufig die allzu sorgfältige und zärtliche Pflege durch Familienangehörige und Schwestern in ihrer Wirkung addieren. Der Patient lebt dann schließlich nur noch für seine Beschwerden, denen bald neue folgen, und gilt er erst lange für krank, so läßt der Egoismus, der sich bei den meisten chronischkranken Menschen entwickelt, die Hysterie vollends ausreifen.

Symptome.

Dieser Egoismus[1]), freilich in einer ganz spezifischen Färbung, ist einer der wichtigsten Grundzüge des hysterischen Charakters. Was die Kranken auch tun, geschieht, um Anerkennung oder wenigstens Beachtung zu erzwingen. Immer wieder wollen sie gelobt, ausgezeichnet, bevorzugt oder aber wenigstens getadelt, angeleitet, behandelt werden, und wer sie und ihre Interessen nicht berücksichtigt, wird augenblicklich ihr Feind. Selbst die oft bis zur Affenliebe gesteigerte Zuneigung zu den eigenen Kindern verkehrt sich in ihr Gegenteil, wenn diese Kinder gegen die Wünsche der Mutter handeln und sich z. B. auch nur gegen deren Willen verheiraten. Kaum irgendwelchen Geisteskranken ist das Verständnis für die Rechte der anderen so ganz verschlossen wie hysterischen Personen. Ihre Suggestibilität erlaubt ihnen leichter als Gesunden, sich anzupassen, auf die Ideen und Interessen anderer Menschen einzugehen; aber sobald ihre eignen Wünsche ernstlich dadurch berührt werden, erlischt dieses Interesse, und nun zeigt sich, wie wenig tief es überhaupt in ihrem Bewußtsein gewurzelt hatte. Ja, zumeist wird dann deutlich, daß die bisherige Liebenswürdigkeit, die scheinbar rein altruistische Neigung, anderen Aufmerksamkeiten zu erweisen, sie zu beschenken, an ihren Freuden und Leiden teilzunehmen, nichts war als Egoismus, der sich in das Leben dieser Menschen mehr oder minder gewaltsam eindrängen und sie zur Dankbarkeit und Anhänglichkeit zwingen wollte.

Das sind verhältnismäßig harmlose Fälle, die dem gesunden Bewußtsein sehr nahe stehen und bekannte Eigentümlichkeiten der normalen Psyche gewissermaßen im Vergrößerungsglas widerspiegeln. Die Grundzüge der eben besprochenen Charaktereigenschaften lassen sich jedoch auch in den schwersten und psychologisch zunächst kaum begreiflichen Fällen wiedererkennen. So wenn frigide Frauen schamlose Verhältnisse anknüpfen und gut situierte stehlen, nur um den Kitzel des Unerlaubten auszukosten, oder wenn hochgestellte Damen anonyme Briefe schreiben, um das tägliche Einerlei durch einen Skandal zu unterbrechen. Andere Patienten begnügen sich damit, jede Sensation, jedes

[1]) Es muß ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die hier gegebene Charakterschilderung nur für die schweren, „degenerierten" Fälle zutrifft.

Unglück[1]), jeden Klatsch aufzusuchen, zu spionieren und zu intrigieren, die Umgebung durch hingeworfene Bemerkungen zu verhetzen, Freundschaften oder Ehen zu stören, sei es aus Freude am Zwist, sei es in der Hoffnung, als einziger Gegenstand der allseitigen Liebe übrig zu bleiben. Meine Frau, schreibt mir ein Gatte, gibt für alle möglichen Zwecke — wohltätige und andere — Geld mit vollen Händen aus und doch zankt sie sich um jeden Groschen; am Geld liegt ihr nichts, aber am Zank. Von derselben Dame heißt es, für Dankbarkeit hat sie keinen Sinn, ja, wer sie durch Freundlichkeiten und Wohltaten verpflichtet, den haßt sie. Von ihr muß man etwas wollen, von ihr Gefälligkeiten verlangen, wenn man sie gewinnen will; dann scheut sie keine Mühe, weil sie so die Rolle spielt, die sie zum Leben gebraucht. — Aus dem gleichen Grunde drängen sich Hysterische mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit zur Krankenpflege, um hier Anerkennung, Dankbarkeit und Liebe zu ernten. Die meisten erlahmen bald in ihrem Eifer, und manche finden ihr Bedürfnis schon durch die Schwesterntracht befriedigt; aber einige halten auch lange Zeit treu aus, bis sie auf „Undankbarkeit" oder auf Bevorzugung einer anderen Schwester durch den Arzt zu stoßen vermeinen. — Derselbe Zug gibt der Frömmigkeit mancher Patienten ein charakteristisches Gepräge; sie sprechen mit besonderer Betonung von „ihrem" Heiland, „ihrem" Erlöser, und in den ganz groben Fällen kommt ihre persönliche Beziehung zu Christus, die sie aus der großen Masse der Gläubigen heraushebt, darin zum Ausdruck, daß sie begnadet werden, die Leiden am Kreuz noch einmal zu erleben. Sie bringen sich Verletzungen an Händen und Füßen bei oder spüren wenigstens die Nägel etc. („Stigmatisierte"). — Echt hysterisch war auch das Testament einer Dame, die ihre Leiche „aus Begeisterung für die medizinische Wissenschaft" der Anatomie vermachte.

Sehr deutlich wird der hysterische Charakter gewöhnlich, wenn die Kranken in die Anstalt gelangen. Fast sofort verändern sich der Ton und das Leben auf der Abteilung — nur dauert es gewöhnlich eine Zeit lang, bis die übrigen (gesunden und kranken) Personen die geheime Quelle aller Mißhelligkeiten entdecken. Überschwängliche Freundschaften werden geschlossen, die bald in bittere Feindschaft übergehen; die Schwester wird mit Dankbarkeitsbezeugungen, kleinen Aufmerksamkeiten und großen Versprechungen überschüttet, der Arzt wird verehrt, angebetet, angedichtet, seine Photographie auf den Nachttisch gestellt — bis er eines Tages die Beschwerden der Kranken nicht ernst genug nimmt, eine Besserung feststellt oder mit einer andern Patientin längere Zeit spricht als mit ihr; dann wird er ebenso glühend gehaßt, verdächtigt, beschimpft. Das Verhältnis zu ihm ist stets persönlich gefärbt, gewöhnliche ärztliche Beziehungen, wie sie für die andern bestehen, genügen für die Kranke nicht, und wenn sich eine Intimität gar nicht erreichen läßt, so wird sie wenigstens den Mitpatienten und dem Personal vorzutäuschen versucht. Ärztliche Anordnungen werden nicht ihrer selbst wegen, sondern gewissermaßen um dem Arzt eine Freude zu machen[2]), solange befolgt, bis sich die persönlichen Beziehungen zu ihm irgendwie ändern. Dann stellt sich heraus, daß derselbe

[1]) In den meisten kleinen Städten gibt es Frauen, die sich jedem Leichenzuge anschließen.

[2]) So etwa wie Friedrich Wilhelm IV. nach Bismarck einem Minister oder Gesandten einen diplomatischen Entwurf „bewilligte", nicht des Entwurfes, sondern des Ministers wegen, „wie man einer Dame einen Blumenstrauß schenkt".

Patient, der sich eben noch mit Feuereifer auf eine Kur gestürzt hat, nicht bloß von dieser Behandlungsart, sondern auch von seiner Krankheit recht wenig hält; die Krankheit bezw. das gerade geklagte Symptom waren eben nur eine Episode, die er selbst oft viel weniger ernst nimmt als seine Umgebung.

Übrigens wäre es ein Irrtum zu glauben, die Ungleichmäßigkeiten im Verhalten der Patienten dem Arzt gegenüber ließen sich stets aus erotischen Absichten[1]) erklären. Männer benehmen sich gar nicht selten genau so wie Frauen. Immerhin sind sexuelle Annäherungsversuche oder Verdächtigungen doch häufig. Für manche weibliche Patienten ist besonders charakteristisch eine zur Schau getragene, geziert prüde Schamhaftigkeit bei der körperlichen Untersuchung z. B., die einen erotischen Hintergrund nur sehr schlecht verhüllt.

Nach allem bisher Gesagten ist es leicht verständlich, daß sich zwei hysterische Patienten auf einer Krankenabteilung fast immer von der ersten Minute an nicht vertragen. Sie haben gewissermaßen einen Instinkt für ihresgleichen und wittern sofort den Nebenbuhler. Während zwei leicht manische Kranke regelmäßig zu allerhand Unfug zusammenhalten und katatonische sich ignorieren, suchen sich zwei Hysterische auf jede Weise zu schädigen, anzuschwärzen usf. Hauptsächlich deshalb sind hysterische Pflegepersonen auf Nervenstationen völlig unmöglich; zum mindesten gegen andere Hysteriker können sie nicht gerecht und objektiv sein.

Die Erklärung der bisher besprochenen Charakterzüge muß zum großen Teil in der Störung des Gefühlslebens gesucht werden, mit der die erhöhte Suggestibilität eng zusammenhängt. Wir haben von beiden Anomalien früher ausführlich gesprochen (S. 207) und gesehen, daß Kraepelin das Wesen der Hysterie geradezu in der Leichtigkeit und Schnelligkeit erblickt, mit der Gemütsbewegnugen bei diesen Kranken nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfache körperliche Begleiterscheinungen herbeiführen. Auch diese Definition reicht unseres Erachtens allein nicht aus (vgl. S. 250), aber sie weist treffend auf einen wesentlichen Grundzug des Leidens hin. Die Affekte bei der Hysterie sind labil, werden leicht — oft ohne erkennbaren Anlaß — ausgelöst und schwellen häufig fast explosionsartig zu sehr großer Stärke an. Darauf beruht das Sprunghafte, Unausgeglichene und Unvermittelte im Leben dieser Kranken, die sich von dem Ideal eines seelischen Gleichmaßes so weit wie nur irgend möglich

[1]) Über die Sexualität der Hysterischen, die ihnen ja den Namen gegeben hat, sind bekanntlich ganze Bücher geschrieben worden. Dabei läßt sich die Wahrheit sehr kurz sagen. Die Wahrheit ist, daß die Sexualität im Leben aller Menschen eine so große Rolle spielt, daß es wunderbar wäre, wenn gerade die Hysterischen eine Ausnahme bildeten. Alles andere ergibt sich eigentlich von selbst. Daß der Mangel an sexueller Befriedigung — durchaus nicht immer im groben, körperlichen Sinn — und daß unerfüllte Hoffnungen auf ein Familienleben und auf die soziale Stellung der verheirateten Frau besonders geeignet sind, eine Lücke im Gefühlsleben des Weibes entstehen zu lassen, die es bei hysterischer Veranlagung mit krankhaften Erlebnissen ausfüllt, ist nur natürlich; und ebenso, daß der allgemeine Wunsch, überhaupt etwas oder gar etwas Besonderes zu erleben, bei jungen Menschen in erster Linie die immer bereiten erotischen Vorstellungen in Betrieb setzt. Im übrigen merken wir bei hysterischen Frauen und Mädchen mehr von ihrer Sexualität; ob diese die Gedanken gesunder Menschen so sehr viel weniger beschäftigt, bleibt doch recht fraglich. Zweifellos sind viele Hystericae frigide.

entfernen. Alles wird übertrieben, Arbeit sowohl wie Vergnügen, Zuneigung und Haß, Schmerz und Lust, Trauer und Freude, Begeisterung und Ekel, Angst und Zorn; und jeder Affekt wie jede Stimmung können ebenso plötzlich aufhören oder in ihr Gegenteil umschlagen, wie sie gekommen waren. Oft entfaltet ein Kranker in irgend einer Sache eine übergroße Energie, die sogar andere mit fortreißt, aber dann erfolgt ein ganz überraschender Zusammenbruch, nach dem er jede Willenskraft eingebüßt zu haben scheint — wie wenn ein überspannter Bogen zerbrochen wäre. Auch daß die Beziehungen zu andern Menschen so häufig jäh aufhören, findet hier seine Ursache. Ein geringfügiger Anlaß läßt die Kranken alles, was für einen Menschen spricht, sofort vergessen und nur mehr an das Negative denken. Dabei sind diese Anlässe gewöhnlich an sich echt hysterisch; ein sehr häufiger Grund, die Beziehungen zu einem Arzt oder zu einer Freundin plötzlich aufzugeben, ist zum Beispiel der, daß sich der andere Teil erlaubt hat, den Kranken auf einer Unwahrhaftigkeit zu ertappen oder ihn auch nur schwach, heftig oder etwa im Anfall zu sehen, — das kann ihm nicht verziehen werden, und so wird er ignoriert oder gar verfolgt.

Zugleich sind die Gefühle immer auch qualitativ verändert. Unlustgefühle sind fast durchweg leichter ansprechbar als bei anderen Menschen. Andererseits kosten Hysterische häufig Situationen und Stimmungen aus, die andern Menschen nur peinlich und quälend sein würden. Auch darin bestehen Übergänge zum Gesunden. Otto Ludwig sagt einmal: „Die Frau wird mit dem Leben fertig, indem sie den Schmerz genießt". Als Krankheitssymptom — wir haben es früher als „Leidseligkeit" beschrieben (vgl. S. 208) — kann diese Eigentümlichkeit recht wechselnde Gestalten annehmen: nicht bloß das Ausmalen und Auskosten vorgestellter Unglücksfälle gehören hierher, sondern ebenso die Selbstquälereien, mit denen die Kranken sich, ihre Anlagen und Leistungen wie ihre Stellung in der Welt, immer wieder zerpflücken und herabsetzen — zum Teil, um den Widerspruch der Umgebung herauszufordern, zugleich aber auch, um diese zerrissene Stimmung zu „genießen". Oft gelingt es überraschend leicht, sie abzulenken und „auf andere Gedanken zu bringen", aber in manchen schweren und prognostisch besonders ungünstigen Fällen entgleitet ihnen auch das Spiel, und das, was ursprünglich halb willkürlich eingeleitet wurde, das Jammern, Klagen, Schreien, Weinen, wird schließlich zu einem Krampf, den weder die Kranken noch der Arzt lösen können. Diese Fälle, von denen jede größere Irrenanstalt mindestens einen enthält, sind in ihrer äußeren Gestalt wie in der sozialen Wirkung nur schweren katatonischen Erregungen zu vergleichen und werden auch in der Tat zuweilen mit ihnen verwechselt; wer jedoch ihre Entstehung verfolgt hat, wird in ihren Anfängen immer die spezifisch hysterischen Charakterzüge auffinden. Sie beginnen häufig mit hypochondrischen Beschwerden, schließen sich aber zuweilen auch an ein wirkliches Unglück, wie den Verlust eines Kindes, an, das dann das ganze weitere Leben beherrscht. Die Kranken quälen und zerfleischen sich innerlich, um vor sich und anderen nur ja nicht als zu lau in ihrem Schmerz zu erscheinen, bis sich schließlich Sinnestäuschungen — der Verstorbene erscheint der Kranken und spricht mit ihr —, Verwirrtheitszustände und Anfälle einstellen. Zuweilen wird in solchen Fällen eine plötzliche Besserung dadurch erzielt, daß neue dringende Anforderungen in das Leben der Kranken treten, ein anderes Kind schwer krank wird usf.

Noch gewaltsamer und unberechenbarer als die Affekte selbst sind ihre

Ausdrucksformen, und zwar sowohl die Ausdrucksbewegungen wie die unwillkürlichen körperlichen Reaktionen. Bei Besprechung der pathologischen Suggestibilität wurde gesagt, daß wir ähnlich übertriebene mimische Gesten nur noch auf der Bühne bei der Darstellung von ungewöhnlich starken Affekten zu sehen bekämen. Der Zusammenhang ist kein zufälliger; denn auch die Hysterischen spielen recht häufig Theater. Gewiß erreichen die Affekte bei ihnen hohe Grade und ziehen abnorme körperliche Folgen nach sich — viele hysterische Anfälle entstehen ja so —, aber oft werden sie auch bloß zur Schau getragen und wenigstens im Beginn willkürlich erzeugt, um erst allmählich in eine wirkliche schwere Erregung überzugehen. Hierher gehört z. B. der Eigensinn, der jede Zahnbehandlung, ja schon das Einführen des Spatels in den Mund, erst recht aber die Überführung in ein Krankenhaus zur Tragödie, zur Szene machen kann.

Ganz allgemein erwecken die Gefühlsäußerungen der Kranken den Eindruck des Gemachten und Unechten. Selbst wenn sie ausgelassen lustig sind, wird den andern nicht wohl dabei. Es scheint nicht von innen, nicht aus dem Herzen zu kommen; auch solche Stimmungen enthalten etwas Unnatürliches, krampfhaft Gezwungenes und offenbaren damit die Insuffizienz der Patienten dem wirklichen Leben gegenüber, die hinter all ihren übertriebenen Ansprüchen an ein eingebildetes Leben steht. Wo wir hysterischen Charakteren auf den Grund gehen, stoßen wir auf diese Impotenz, auf die Unfähigkeit, tief zu fühlen und sich dabei selbst zu vergessen. Man denkt unwillkürlich an Goethes Erklärung der „problematischen Naturen, die keiner Lage gewachsen sind, in der sie sich befinden, und denen keine genug tut".

Diese Störung, die man ebensowohl eine Störung des Gemütslebens wie des Willens nennen kann, ist es, die besonders die große Zahl der harmlosen, „leichten" Fälle von Hysterie ziemlich erschöpfend charakterisiert. Diese Patienten machen stets erneute Anläufe, das Leben zu bezwingen oder wenigstens zu ertragen, um nach kurzer Zeit immer wieder über kleine Empfindeleien, Enttäuschungen, geringfügige körperliche Beschwerden etc. zu stolpern und nun in Grübeleien, Selbstquälereien und hypochondrische Auffassungen zu versinken, Dieselbe Insuffizienz liegt aber auch den sozial bedenklichen Neigungen so vieler Hysterischer zugrunde; sie treibt sie dem Alkohol und dem Morphium in die Arme; sie läßt Frauen, die in glücklichster Ehe leben könnten, davonlaufen und zugrunde gehen, und sie veranlaßt andere der jämmerlichen Wirklichkeit durch die Phantasie zu Hilfe zu kommen. Die Lebensschicksale werden dramatischer gestaltet, der eigenen Person Vorzüge angedichtet oder auch Laster, Heldentaten oder Schändlichkeiten, was gerade geeignet erscheint, die Kranke interessanter zu machen. Die Neigung zum Übertreiben, Übertrumpfen, Prahlen, die ja allen schwächlichen Naturen gemeinsam ist, wird hier durch die Suggestibilität, die krankhaft gesteigerte Einbildungskraft unterstützt, die die Patienten an ihre eigenen Erfindungen wenigstens im Moment der Erzählung selbst glauben läßt. Sie stehen darin der kindlichen Psyche nahe; auf einer gewissen frühen Altersstufe unterscheidet auch der normale Mensch noch nicht scharf zwischen dem, was er erlebt, und dem, was er gehört, gelesen oder gedacht hat. Das Realitätsbewußtsein muß erst erworben und in gewissem Sinne anerzogen werden. Insbesondere das „Wachträumen", das Sichverlieren in Phantasievorstellungen, ist bei Kindern normal und wird

erst pathologisch, wenn es zu wirklicher Bewußtseinstrübung mit falscher Beurteilung der Umgebung führt oder das Denken noch jenseits der Pubertät beherrscht. Nur gewisse sexuelle Phantasieträume finden wir auch bei sonst ganz gesunden Erwachsenen.

Die Formen, in denen die krankhafte Einbildungskraft auftritt, hängen nicht bloß von der Stärke der Grundstörung, sondern auch von der Intelligenz, Erziehung und Bildung ab. In feiner gearteten Fällen scheint nur die allgemein-menschliche Schwäche, zum Vorteil der eignen Persönlichkeit etwas zu „flunkern", zu stark ausgeprägt zu sein — häufig nur mit der besonderen Färbung, daß die Kranken für diesen Zweck Dinge für geeignet halten, an die der Gesunde kaum denken würde. So gefiel sich eine meiner Patientinnen in der von ihr selbst geglaubten, aber erweislich falschen Erzählung, ihr Vater habe sie wie einen Jungen erzogen und bis zum 14. Jahre in Hosen herumlaufen lassen. Auch ein Teil der Leute — ein anderer ist hypomanisch —, die immer überlastet sein wollen, bedeutungsvolle Arbeiten vorhaben, wichtige geheime Nachrichten kennen, auf ihren Reisen stets Besonderes erleben, gehört hierher.

Bei stärkerer Ausprägung führt diese Störung zu jenem besonders hohlen Typus der hysterischen Veranlagung, den wir als **Pseudologia phantastica** früher schon (S. 93) kennen gelernt haben. Die Kranken brauchen darum — wenn sie nur intelligent sind — noch keine Münchhausiaden zu erzählen. Eine Dame, die leidlich zeichnet, behauptet, früher Ölbilder gemalt und für hohes Honorar verkauft zu haben; da sie aber von ihrer Kunst nicht befriedigt gewesen sei, habe sie sie ganz aufgegeben. Eine andere will als Backfisch für eine bekannte Bühnenfigur dem Dichter Modell gestanden haben, und eine dritte macht aus ihrer Geige eine „echte Amati" und aus ihrem Vater, einem lebenden Lehrer, einen verstorbenen Pastor. Überhaupt ist der Tod naher Angehöriger sehr beliebt. Eine Lehrerin, die ich kürzlich sah, hatte nacheinander beiden Eltern und vier Geschwistern, die alle lebten, überschwängliche Nachrufe in die Zeitung gesetzt. Als sie damit fertig war und alles Beileid an diesem Massenunglück entgegengenommen hatte, fing sie an, neue Verwandte zu erfinden und sterben zu lassen, und dadurch wurde sie schließlich entlarvt. — Während sich diese Erfindungen zumeist noch im Bereich des Möglichen halten, sind die Erzählungen dummer Menschen häufig ohne weiteres als hysterisch zu erkennen. So hatte eine meiner Patientinnen ihr ganzes Repertoire einem Hintertreppenroman schlimmster Art entnommen und erzählte demgemäß von fürstlicher Abstammung, Räuberbanden, Vergewaltigung, Verschleppung in einen Harem usf.

Pseudologisten können sozial sehr bedenklich werden. Sie fingieren sexuelle und andere Attentate, verüben in der Welt herumreisend Hochstapeleien, verloben sich unter falschen Namen etc. Eine meiner Patientinnen schrieb, als sich ihre jüngere Schwester vor ihr verlobte, einen anonymen Brief an den Bräutigam, in dem sie der Schwester frühere „Verhältnisse" u. dgl. vorwarf. Allgemein bekannt geworden ist der Fall eines Münchener Dienstmädchens, das ihre Dienstherrin des Giftmordversuches (mit Salzsäure) so überzeugend beschuldigte, daß die Geschworenen auf Grund mehrerer ärztlicher Gutachten zur Verurteilung gelangten.

Andere (negative) Gedächtnisstörungen lassen sich auf das Interesse des Kranken zurückführen, bestimmte Erinnerungen aus seinem Bewußtsein zu

beseitigen oder, wie man heute sagt, zu verdrängen. Dementsprechend spotten diese Erinnerungslücken, zu denen natürlich auch die der Pseudodemenz (S. 381) gehören, jeder Regel, wie wir sie für die organischen Amnesien kennen gelernt haben. Pseudologisten können während der abenteuerlichsten Irrfahrten durchaus geordnet erscheinen und hinterher gar keine Erinnerung besitzen, und andere Kranke wirken schwer verwirrt oder gar bewußtlos, wissen aber später von allen möglichen Einzelheiten, die sich während des Anfalls oder Delirs abgespielt haben; oder endlich es wird aus dem gleichen Vorgang die eine Erinnerung sorgfältig bewahrt, die andere verdrängt. Die Erinnerung an ganze Jahre wird ausgelöscht, aber ebenso können auch nur einzelne Persönlichkeiten aus dem Gedächtnis verschwinden oder, was häufiger ist, bestimmte Ereignisse, Handlungen, Äußerungen des Kranken usf. Es ist klar, wie das den Umgang mit diesen Kranken erschweren muß. Was sie den anderen gesagt oder getan haben, vergessen sie schnell, fühlen sie sich aber selbst — mit Recht oder mit Unrecht — irgend wie verletzt, so haftet diese Erinnerung durch Jahre hindurch. Auch das knüpft an normale Geschehnisse an, denn auf solchem doppelten Maß beruhen ja die meisten Streitigkeiten der Menschen überhaupt.

Sehr schwer lassen sich positive und negative Gedächtnisstörungen bei Hysterischen von bewußten Lügen unterscheiden. Schon Jolly hat gelehrt, „die Hysterie involviert eine geistige Störung, in welcher die Neigung zur Erfindung teils in Form des Hineindenkens in Geschichten und Zustände, die dann dem Erfinder selbst als Wirklichkeit imponieren, teils in Form bewußter Lüge eine hervorragende Rolle spielt". Damit ist durchaus zutreffend die Charakteranomalie gekennzeichnet worden, die neben dem Egoismus eine der auffallendsten ist: jeder ausgesprochene hysterische Charakter ist durch und durch unwahr, und diese Unwahrhaftigkeit wurzelt gerade deshalb im innersten Wesen des Kranken, weil sie sich nicht bloß in bewußten Lügen, sondern auch in der eigenartigen Suggestibilität des Gedächtnisses äußert. In manchen Fällen ist es ganz unmöglich zu sagen, wo die Erinnerungsfälschung aufhört und die Lüge, die bewußte Täuschung, anfängt. Diese Kranken kennen sich selbst nicht, sie sind heute jemand ganz anderes als gestern und besitzen eben deshalb keine einheitliche Persönlichkeit, weil sie aus einer Rolle in die andere gleiten, eine Maske nach der anderen vornehmen. Das schließt nicht aus, daß die Rolle, die sie gerade spielen, auch einmal einen übertriebenen Wahrheitsfanatismus erfordert. Auch diese Wahrheitsliebe, so streng sie in übrigens seltenen Fällen durchgeführt wird, ist unecht und angenommen, genau wie der religiöse Fanatismus und die soziale Hilfsbereitschaft, die andere Kranke so aufdringlich an den Tag legen. Nicht immer richtet sich die Absicht des Imponierens dabei nach außen, zuweilen genügen sich die Kranken selbst als Zuschauer ihres Gebarens und finden volle Befriedigung, wenn es den Erwartungen ihrer Phantasie entspricht. Ist das nicht mehr der Fall, so wird die Rolle gewechselt.

Typen.

Die Mittel, deren sich die Kranken zur Durchführung ihrer sich selbst natürlich meistens nicht eingestandenen Absichten bedienen, hängen, wie gesagt, weniger von der Schwere der Charakterveränderung als von der Intelligenz und Erziehung und insbesondere vom Geschmack und Takt ab. Häufig finden

wir die Hysterie bei dummen oder gar schwachsinnigen Personen; aber die sozial bedenklichsten Fälle betreffen Persönlichkeiten, die zwar durch die Subjektivität ihres Urteils, durch die Ansprechbarkeit ihrer Phantasie und durch eine gewisse Oberflächlichkeit des Denkens zu ernster Geistesarbeit untauglich sind, dafür aber alles, was sie im Augenblick interessiert, schnell auffassen, behalten und begreifen, über eine vorzügliche Dialektik verfügen und auf vielen, namentlich künstlerischen, Gebieten begabt sind. Solche Naturen sind deshalb so gefährlich, weil ihre Krankheit von den Laien fast niemals rechtzeitig erkannt wird. Hierher gehören die hysterischen Frauen, die auf ihrem Lebenswege eine ganze Reihe von zugrunde gerichteten Männern zurücklassen, die sie der Befriedigung ihres perversen Lebensbedürfnisses opfern. Was normale Menschen fürchten und vermeiden, wie häusliche Szenen, den Selbstmord eines anderen, den Zweikampf von zwei nahestehenden Personen oder den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zusammenbruch des Ehemanns, kann hier mit einem wollüstigen Kitzel, wenn nicht erstrebt, so doch genossen werden. Dabei wird an der Leichtigkeit, mit der die Kranken selbst aus solchen Situationen hervorgehen und alles Unglück, alle Schande und alle Schuld von sich abstreifen, als wenn nichts gewesen wäre, wieder deutlich, wie wenig tief sie eigentlich fühlen, und wie sie eben dadurch veranlaßt werden, abnorme Reize aufzusuchen. Nach außen aber wird ihr Leben dadurch ermöglicht, daß ihnen ihre Einbildungskraft erlaubt, die vorgestellte Rolle vollkommen lebenswahr durchzuführen. Wenn kluge, ruhige und erfahrene Männer immer wieder hysterischen Frauen zum Opfer fallen, und wenn gewiegte Geschäftsleute von ihnen betrogen werden, so hat das hier seine Ursache; die Kranken simulieren ihre Gefühle, Stimmungen, Auffassungen, Lebensgewohnheiten nicht, sondern sie leben sich in sie hinein und wirken deshalb echt, auch wenn sie die Rollen häufig wechseln oder, wie es gar nicht selten vorkommt, zwei ganz verschiedene nebeneinander durchführen. Es gibt hysterische Frauen, die wirklich eine Art Doppelexistenz besitzen, besorgte Hausfrauen und zärtliche Mütter und zugleich Dirnen niedrigster Art sind und die offenbar in der einen Situation die andere vollkommen vergessen. Es ist gar nicht nötig, daß es dabei zu einem „alternierenden Bewußtsein" im Sinne einer Bewußtseinstrübung kommt. Die Kranken können in dem einen Zustand genau so klar sein wie im anderen, nur ihre Persönlichkeit schwankt, ist labil. Darum vermögen Hysterische auch Verbrechen und sonstige Schändlichkeiten, die sie veranlaßt haben, mit der ruhigsten Miene von der Welt abzuleugnen und den Mitschuldigen zu verraten und im Stich zu lassen. Sie sind nach der Tat oder nach der Entdeckung ein ganz anderer geworden, der von dem, was vorher war, nichts mehr weiß; denn sie hatten vorher das Erlaubte und das Unerlaubte so spielerisch nebeneinander gedacht, daß es ihnen gar nichts ausmacht, sich nun nachträglich entweder mit der einen oder mit der anderen Gedankenreihe zu identifizieren[1]).

Glücklicherweise sind diese sozial bedenklichsten Fälle doch selten, so häufig sie auch literarisch behandelt worden sind. Zumeist leidet unter dem

---

[1]) Vgl. Ibsen, Rosmersholm, III. Akt, letzte Szene: „Und dann gibt es doch auch, sollte ich meinen, zwei Arten Willen in einem Menschen. Ich wollte Beate weghaben! Auf irgend eine Art. Aber ich glaubte doch nicht, es würde jemals dahin kommen. Bei jedem Schritt, den es mich reizte vorwärtszuwagen, war es mir, als schrie etwas in mir: Nun nicht weiter! Keinen Schritt mehr! — Und doch konnte ich es nicht lassen. Ich mußte

hysterischen Charakter nur ein kleiner Kreis von Familienangehörigen, die von den Kranken dazu erzogen werden, ihr häusliches Unglück nach außen zu verbergen. Hierher gehört der bekannte Typus der „leidenden“ Dame, die vom Bett, vom Rollstuhl oder vom Diwan aus die Eltern, den Mann, die Kinder und den Arzt tyrannisiert und quält, die, im halbverdunkelten Zimmer, mit einer kühlen Kompresse auf dem Kopf, außer von den neuesten Romanen, von einem ganzen Arsenal von Krankenpflegeartikeln umgeben, nichts arbeitet, aber ihre Dienstboten dauernd im Atem hält, die alles beobachtet, jeden Klatsch kennt und selbst eifrig intrigiert. Psychogene Lähmungen, Tremor u. dgl. gehören durchaus nicht notwendig zu diesem Bilde, eher noch Kontrakturen und — als die handgreiflichste Art, Aufmerksamkeit zu erzwingen — hysterische Anfälle und Dämmerzustände, die, im Gegensatz zu den sonstigen psychogenen Symptomen, nur ausnahmsweise ohne gleichzeitige hysterische Charakterveränderung beobachtet werden. Auf Fremde können solche Persönlichkeiten nicht bloß als gesund, sondern auch als liebenswürdig und geistreich wirken. Es glaubt mir ja auch niemand, hat mir einmal ein Ehemann gesagt, daß meine Frau, die in Gesellschaft so lebhaft scheint, in Wirklichkeit so „schwermütig“ ist; die „Schwermut“ bestand in dauernden hypochondrischen Klagen und in einer unglaublichen Tyrannisierung des Mannes.

Übrigens füllt die Psychologie dieser Angehörigen beinahe ein Kapitel für sich. Sie können jahrelang gequält und tausendmal enttäuscht, betrogen und in Verlegenheit gebracht worden sein und fallen der Kranken doch immer wieder zum Opfer. Die „unverstandene“ Frau läßt den Mann ihre geistige Überlegenheit, ihre Erhabenheit über sein Spießertum, seinen Berufs-, Bekannten- und Interessenkreis fühlen und fesselt ihn nur um so inniger an sich. Derselbe Kollege, der mir auf die Mitteilung, seine Frau habe andere Patientinnen bestohlen, berichtet hatte, auch die Manteltaschen in seinem Wartezimmer hätte sie schon ausgeplündert, ergriff nach einer Stunde Zusammenseins mit der Kranken entrüstet ihre Partei, als wenn die ganze Vergangenheit auch für ihn ausgelöscht wäre.

Solche Vorfälle erklären, warum so viele Hysterische einen kleinen Kreis von begeisterten Freunden besitzen, der für sie „durchs Feuer geht“. Dadurch und durch die Neigung der Angehörigen, ihr Mißgeschick für sich zu behalten, wird die Diagnose häufig erschwert; der Arzt erhält gelegentlich aber doch einen Einblick in das Martyrium eines solchen scheinbar glücklichen Familienlebens und er wird deshalb auch kleine Einzelzüge beachten müssen, die nur im Zusammenhang mit anderen Symptomen überhaupt als krankhaft gelten können. Diese Einzelzüge aufzuzählen ist ganz unmöglich, weil sie die mannigfachsten Gestalten annehmen. Eine Hysterika kann, wie gesagt, mit dem Gesichtsausdruck einer Mater dolorosa im Bett liegen, mit einer gewissen Gewalttätigkeit alle mögliche Arbeit an sich reißen oder in großer Geselligkeit eine bezaubernde Liebenswürdigkeit entfalten; sie kann nachgiebig sein, hingebend, weich, mild im Urteil oder burschikos, selbstgerecht, hart und scharf; die eine

noch ein winziges Spürchen weiter. Nur noch ein winziges Spürchen. Und dann noch eins — und immer noch eins. — Und so ist es geschehen. — Auf diese Weise geht so etwas vor sich“. — An der ganzen Rebekka ist nur das eine verzeichnet, daß Ibsen ihren Charakter sich läutern läßt. Das kommt im Leben leider nicht vor — oder doch jedenfalls nur scheinbar, solange eben die Hysterische die „Geläuterte“ spielen will.

kleidet sich elegant und auffallend, die andere mit puritanischer Einfachheit, wenn nur jede auf ihrem Wege das Ziel zu erreichen hofft, Aufsehen zu erregen und anders zu sein als die anderen. Worauf es den Kranken ankommt, ist immer nur dies, gleichviel ob sie herrschen wollen oder dienen, Freundschaft suchen oder Skandal, Arbeit, Vergnügen oder Krankheit, stets wollen sie sich aus dem Einerlei ihres Lebens herausheben.

Selbstmordversuche und Selbstverletzungen.

Dies Bedürfnis nach Beachtung zeitigt schließlich bei den groben Fällen, die wir auch heute noch gelegentlich in den Irrenanstalten sehen, die Handlungen, die dem vom Normalen ausgehenden Verständnis die größten Schwierigkeiten bereiten, Selbstverletzungen und unmotivierte Selbstmordversuche[1]). Über hysterische Selbstmordversuche ist in anderem Zusammenhang schon gesprochen worden (vgl. S. 218). Sie sind zumeist nicht ernst gemeint, sondern theatralisch für andere berechnet; die Polizei wird vorher benachrichtigt, der Nagel vor dem Erhängungsversuch so gelockert, daß er herausfallen muß usf. Eine meiner Patientinnen, der recht wirksame Mittel zur Verfügung gestanden hätten, wickelte ein elektrisches Bügeleisen in ihr Badetuch, um ihre Pflegerin glauben zu machen, sie hätte sich im Bade mit der Kontaktschnur erdrosseln wollen. Aber es gibt auch andere Fälle. Manche Kranke täuschen sich über die Gefährlichkeit der angewandten Mittel — wie ein junges Mädchen z. B., die sich einen dünnen kurzen Wollfaden um den Hals geknotet hatte, und bei der ernsthafte Wiederbelebungsversuche notwendig wurden. Andere denken gewissermaßen den Gedanken an den Tod nicht zu Ende, sie spielen mit ihm wie mit allem und nehmen den Tod im Notfall mit einem „Wenn schon" in den Kauf. Eine Ärztin, deren Appendizitis erst 14 Tage nach Abklingen des Fiebers operiert werden sollte, und die gerade am letzten Abend noch hohes Fieber bekam, verschwieg das dem Chirurgen, weil ihr die Operation so aufregender und reizvoller erschien — auch die Sorge des Operateurs nachher war ihr gerade recht; sie hat ihm erst viele Monate später erzählt, daß das Fieber nicht erst nach der Operation aufgetreten war.

Schließlich aber gibt es Hysteriker, die — gewöhnlich durch ihre eigenen Machenschaften in die Enge getrieben — wirklich am Leben verzweifeln oder auf der Höhe des Affekts in einer leichten Bewußtseinstrübung den Maßstab für die Tragweite ihres Entschlusses verlieren. Zuweilen hat man den Eindruck, als ob sie nur das eine übersähen, daß sie die Wirkung ihres als Rache gedachten Suizids auf die Überlebenden nicht mehr genießen können. Fast immer suchen die Kranken übrigens auch ein ernsthaft gemeintes Scheiden aus dem Leben noch dramatisch wirkungsvoll zu gestalten; sie stürzen sich von einem hohen Turme herab, erschießen sich im Theater, am Ende eines Diners usf.

Viel häufiger als ernst gemeinte Selbstmordversuche sind Selbstbeschädigungen. Auch für sie ist in erster Linie das Streben nach Beachtung maßgebend, aber dazu kommen häufig noch ein elementarer Trieb, etwas Perverses zu tun, und ein oft unglaublicher kindischer Eigensinn. Hierher gehört schon, daß sonst ganz geordnete Kranke, wenn sie bei einem körperlichen Leiden ein Mittel nehmen oder in ein Krankenhaus eintreten sollen, sich so häufig

---

[1]) Über Anfälle und Dämmerzustände vgl. S. 376 u. f.

beinahe negativistisch dagegen wehren, und ebenso daß andere, trotz oder zum Teil auch wohl wegen der ärztlichen Abmahnungen, unsinnig viel Zigaretten rauchen, Tee oder Alkohol trinken, Aspirin, Pyramidon etc. in Unmengen schlucken, die Nahrung verweigern oder endlich ganz törichte sportliche Anstrengungen auf sich nehmen — aus keinem anderen Grunde, als weil andere Menschen in ihrer Lage dies alles vermeiden würden. Hysterische können rein dieses Kitzels wegen zu Morphinisten werden, sie verschlimmern aber auch — selbst wenn sie Ärzte sind — eine Lungen- oder Nierentuberkulose durch Schneewanderungen und kalte Bäder oder sie gehen mit hohem Fieber ins Theater — sehr im Gegensatz zu der ängstlichen Sorgfalt, mit der sie zu anderen Zeiten gar nicht vorhandene Leiden behandeln.

In schweren Fällen nimmt dieser perverse Selbstvernichtungstrieb sehr bedrohliche Formen an. Selbst melancholische und katatonische Kranke erfordern nicht so viel Aufsicht wie hysterische Patienten, zu deren Repertoire die Unart der Selbstbeschädigung gehört. Sie verschlucken Nadeln, Glasscherben und Stahlspäne oder führen ähnliche Dinge in die Vagina ein, zerbeißen und zerstechen sich die Zunge usf. Eine meiner Patientinnen, eine hochgebildete und intelligente Dame aus den ersten Gesellschaftskreisen, kann sich mit kaum 30 Jahren nur noch an zwei Stöcken bewegen, weil sie sich wiederholt durch Nadelstiche Abszesse in der Muskulatur und Eiterungen in den Gelenken der Beine zugezogen hat. Erstaunlich könnte bei diesen Fällen erscheinen, daß die Kranken wirklich glauben sollen, die Ärzte über die Entstehung solcher Krankheitssymptome zu täuschen. Aber schwer degenerierten Patienten liegt unter Umständen gar nichts daran, für gutgläubig gehalten zu werden, wenn sie nur überhaupt Beachtung finden. Viele melden selbst, sie hätten eine Nadel verschluckt oder Sublimat getrunken, und lassen alles mit sich geschehen, was den Schaden abwenden könnte, — glücklich, daß sich wieder einmal alles um sie dreht.

Da, wo es sich um Veränderungen handelt, die nach der bestimmten Behauptung des Kranken ohne ihr Zutun entstanden sein sollen, wie Nasenbluten, Hautblutungen, Fiebersteigerungen und dergleichen, ist es zuweilen recht schwer, über die wahre Auffassung des Patienten ins klare zu kommen. Sicher falsch ist die naive Meinung, alle diese Dinge würden im „Dämmerzustand" begangen, und die Kranken wüßten deshalb tatsächlich nichts von ihnen. Man braucht nur an die Tatsache zu erinnern, daß so viele Patienten angeblich jede Nahrung verweigern und sich diese Nahrung heimlich, hinter dem Rücken des Personals oder der Familie verschaffen, um zu beweisen, daß die Rolle der bewußten Lüge und Täuschung auch bei den Selbstbeschädigungen nicht allzu gering veranschlagt werden darf. Nur ist, wie Kraepelin richtig hervorhebt, diese Simulation selbst Ausdruck einer krankhaften Charakteranomalie. Aber auch Amnesien kommen vor, für die freilich fast immer das gilt, was oben über die hysterischen Erinnerungsstörungen im allgemeinen gesagt worden ist: sie sind gewissermaßen fakultativ und eben deshalb launisch; einzelne Erinnerungen sind da, andere fehlen, und auch diese stellen sich, wenn der Kranke ihrer bedarf, rechtzeitig wieder ein. So wollte sich eine meiner Kranken lange Zeit an einen Suizidversuch gar nicht erinnern; als sie aber gegen eine Pflegerin in Zorn geriet, wußte sie plötzlich sehr genau, daß diese damals ihren Posten verlassen, sich also strafbar gemacht hatte.

Erkennung.

Bei der Diagnose hysterischer Zustände wird man die Unterscheidung zwischen dem bloßen hysterischen (psychogenen) Symptom und der hysterischen Konstitution, dem hysterischen Charakter, stets im Auge behalten müssen. Da wir vereinzelte psychogene Erscheinungen gelegentlich bei fast allen organischen und funktionellen Krankheiten antreffen, kann ihnen ein besonderer Wert bei der Stellung klinischer Diagnosen nicht beigemessen werden. Es ist wichtig, das noch einmal hervorzuheben, weil sich diese Symptome verhältnismäßig leicht feststellen lassen, und weil ihr Nachweis weitere diagnostische Bemühungen erfahrungsgemäß häufig eben durch die irrige Annahme aufhält, es sei schon eine klinische Diagnose gewonnen worden.

Ganz anders liegen die Dinge hinsichtlich des hysterischen Charakters. In groben Fällen treten seine Äußerungen aufdringlich zutage und ist zum mindesten die Anamnese eindeutig. Die Erkennung leichterer Fälle aber oder auch nur solcher, in denen Intelligenz, Erziehung und Umgangsformen manche Züge verdecken, wird dadurch erschwert, daß sich alle hysterischen Charakterzüge aus gewissen, weniger erfreulichen Eigenschaften der normalen Psyche ableiten lassen, so daß die Frage „hysterisch oder nicht?" sehr häufig eine reine Quantitätsfrage darstellt. Deshalb kommt es, wenn irgendwo, bei dieser Krankheit auf die Analyse der gesamten Persönlichkeit an.

Hellpach hat neuerdings auf den Wert gewisser physiognomischer Veränderungen bei Hysterischen hingewiesen. Er unterscheidet den Feminismus, als femininen Typus bei Männern und als infantilen bei Frauen, die schmachtende Boopie, d. h. große, bewegliche Augen mit schmachtendem Aufschlag, und endlich das „bestrickende" Lächeln, das oft im grellen Widerspruch zu den sonstigen Äußerungen der Krankheit (Anfall, Stupor, Neuralgie) stünde. — Man wird die Bedeutung dieser Symptome natürlich nicht überschätzen dürfen, jedoch ist es richtig, daß erfahrene Ärzte sie nicht ganz selten mit Nutzen mitverwerten. Neben dem Ausdruck der Augen, der sich schwer schildern läßt, aber außer der erotischen Komponente häufig auch noch etwas Lauerndes, die Wirkung der eigenen Äußerungen Abwartendes und ebenso oft etwas Brennendes, Gewollt-Überirdisches, Fanatisches enthält, scheint mir bei älteren Hysterischen auch ein eigentümlich leidender, „geschmerzter" Zug um den Mund einigermaßen charakteristisch zu sein. Bei manchen Patienten fällt ferner eine übertriebene jugendliche Frische in allen Bewegungen sowie eine gewollte und gewaltsame Lebhaftigkeit in der Unterhaltung auf, während andere sich gerade durch ihr leises, müdes, resigniertes äußeres Gebaren auszeichnen.

Fast allen Kredit verloren haben die sogenannten hysterischen Stigmata (vgl. S. 254), die vor noch nicht langer Zeit das Vorhandensein einer Hysterie ohne weiteres beweisen und bei Hysterischen niemals fehlen sollten. Zum mindesten der letzte Teil dieser Behauptung ist falsch. Wir wissen heute, daß diese Krankheitszeichen früher im wesentlichen deshalb so häufig gefunden worden sind, weil der Arzt sie erwartete und seine eigene Suggestion auf den Kranken übertrug. Seitdem wir diesen Zusammenhang eingesehen haben, sind wir natürlich im Untersuchen vorsichtiger geworden, und so gibt es heute viele hysterische Kranke, die Stigmata niemals geboten haben und bieten werden. Dazu

kommt aber, daß sich auch der Begriff der Hysterie verschoben hat; Symptome, die im wesentlichen nichts als eine erhöhte Suggestibilität beweisen, werden wir bei den Fällen nicht finden können, in denen sich der hysterische Charakter überhaupt nicht in hypochondrischen Auffassungen und Erwartungen äußert.

Über die prinzipielle Unmöglichkeit, gewisse psychogene Symptome von simulierten zu unterscheiden, ist früher (S. 261) gesprochen worden. Leider besteht diese Schwierigkeit nicht bloß vielen körperlichen, sondern auch manchen psychischen Erscheinungen gegenüber. Als Beispiel mag noch einmal die Pseudologia phantastica erwähnt werden. Sie wurzelt, sahen wir, im Gesunden und knüpft an die normale menschliche Schwäche an, eigene Vorzüge zu unterstreichen, um sich interessanter zu machen. Eine Grenze zwischen gesund und krank etwa insofern, als ob alle gesunden Menschen sich ihrer Lügen stets bewußt blieben, und alle Kranken immer im guten Glauben Erinnerungsfälschungen vortrügen, gibt es nicht. Viele ausgesprochen hysterische Personen lügen bewußt, und auch bei Gesunden bilden sich Pseudoreminiszenzen heraus, wenn ihr Gefühl an einer Veränderung ihrer Erinnerungen interessiert ist. Und so ist es überall; die gleiche Schwierigkeit besteht für alle Symptome der Hysterie überhaupt.

IX. Periodische Seelenstörungen.

(Manisch-depressives Irresein.)

Umgrenzung.

Unter dem Namen manisch-depressives Irresein[1]) fassen wir nach Kraepelins Vorgang alle endogen entstandenen Gemütskrankheiten im engeren Sinne zusammen, gleichviel ob sie als Manie oder Melancholie einmal auftreten, als periodisches oder zirkuläres Irresein in gleicher oder wechselnder Form mehrfach wiederkehren, als konstitutionelle Verstimmung beziehungsweise Erregung dauernd bestehen oder als Zyklothymie in leisen Schwankungen das ganze Leben durchsetzen. Die Zugehörigkeit eines Falles zu der gesamten Gruppe sagt also über den speziellen Verlauf nichts aus. Es gibt Manien ebensowohl wie Melancholien, denen keine zweite Erkrankung folgt, und der Versuch, diese Formen von den periodischen zu trennen, ist ebenso gescheitert wie der andere, der zwischen den leichten zyklothymen Verstimmungen und den schweren Depressions- und Erregungszuständen scharfe Grenzlinien ziehen sollte.

Die neueste wissenschaftliche Entwicklung hat den Kreis des manisch-depressiven Irreseins noch weiter ausdehnen und den Querulantenwahn, gewisse hypochondrische Formen der endogenen Nervosität und die Zwangszustände z. B. in ihn aufnehmen wollen. Dieser Versuch ist insofern berechtigt, als alle rein funktionellen Erkrankungen psychologische Beziehungen untereinander aufweisen und gelegentlich Mischformen bilden, aber er ist gerade deshalb auch uferlos und unzweckmäßig, weil sonst die Diagnose manisch-depressives Irresein nichts weiter aussagen würde, als daß eine vorhandene Krankheit nicht in eigentliche (vgl. S. 309) Verblödung ausgehen wird.

Den Hauptgrund dieser neuesten Entwicklung haben wir früher schon kennen gelernt und als nicht stichhaltig zurückgewiesen. Er liegt, wenn wir von den erwähnten psychologischen Beziehungen der funktionellen Formen absehen, in der Überschätzung der pathologischen Periodizität. Da alle funktionellen Krankheiten rein endogene Ursachen besitzen, aus der Persönlichkeit beziehungsweise aus der Körperanlage eines Menschen hervorgehen, so neigen sie auch aus inneren Gründen zur Wiederholung, zur Periodizität. Es ist fast eine Tautologie, wenn man die endogene Bedingtheit der Zwangsvorstellungen[2]) z. B. hervorhebt und außerdem feststellt, daß sie häufig periodisch

[1]) Zu diesem Abschnitt sind die Ausführungen über periodische Verstimmungen auf S. 221 des allgemeinen Teils nachzulesen.

[2]) Über ihre symptomatologischen Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein siehe am Schlusse dieses Abschnittes.

auftreten. Wenn sich die inneren Ursachen einmal zu solcher Wirkung verdichtet haben, so ist nicht einzusehen, warum sie ein zweites Mal den gleichen Erfolg nicht haben sollen. Auf der anderen Seite brauchen ja auch die Manie und die Melancholie nicht zu rezidivieren; treten also Zwangsvorstellungen mehrfach im Leben auf oder verläuft der Querulantenwahn in Schüben, so begründet das keine andere Beziehung zum manisch-depressiven Irresein als die, die in dem funktionellen Charakter aller dieser Störungen ohne weiteres gegeben ist.

So weicht unsere Auffassung von der von Kraepelin nur insofern ab, als wir den Kreis des manisch-depressiven Irreseins etwas enger ziehen und z. B. gewisse Amentia-Formen — von den Melancholien des Klimakteriums wird gleich noch die Rede sein — hierher nicht rechnen. Auch wir kennen Fälle, in denen zuerst ein Amentiaähnlicher Zustand aufgetreten war und nach Jahren eine Melancholie oder eine Manie folgten. Aber die Melancholien sowohl wie die Manien erhielten durch hysterische Zutaten ein ganz spezifisches Gepräge, und so sind wir geneigt, die erste Krankheitsattacke als einen hysterisch-manischen Mischzustand aufzufassen. Ganz allgemein wird man damit rechnen müssen, daß alle diese Syndrome — das manische, melancholische, paranoische, hysterische, die Neigung zu deliriösen Zuständen, zu Zwangsvorgängen etc. — bei vielen psychopathischen Individuen präformiert sind, und daß deshalb auch einmal zwei von ihnen bei ein und demselben Menschen manifest werden können. Außerdem werden sich gelegentlich exogene und endogene Faktoren zu gemeinsamer Wirkung vermischen, und ein Manisch-depressiver wird z. B. im Fieber Zustände bekommen, die die Elemente sowohl seines Grundleidens wie die des Fieberdelirs enthalten.

Für die echte Amentia steht heute ja fest, daß sie zum mindesten durch die Mitwirkung exogener Faktoren hervorgerufen wird. Ist doch die ursprünglich von Fürstner bei Wöchnerinnen beschriebene Form der akuten halluzinatorischen Verworrenheit inzwischen auf infektiös-toxische Momente zurückgeführt worden[1]). Eine ähnliche Erwägung gibt uns aber auch Anlaß, die Involutionsmelancholie (vgl. S. 479) dem manisch-depressiven Irresein nicht zuzurechnen; auch sie ist nach unserem Dafürhalten keine rein endogene Krankheit, wenn auch alle möglichen Formen der Mischung von inneren und äußeren Anlässen bei der Entstehung dieser Psychose ebenso zugegeben werden müssen wie die Tatsache, daß wir dem einzelnen Falle häufig nicht ansehen können, ob er auf dem Boden des manisch-depressiven Irreseins erwachsen oder allein durch die Involution ausgelöst worden ist. Man wird sich dabei erinnern müssen, daß sich andere organische Krankheiten wie die senile Demenz, die Paralyse und die Arteriosklerose gelegentlich auch mit Depressionszuständen einleiten. Wenn traurige Verstimmungen im Klimakterium aus inneren Gründen ungleich häufiger vorkommen, so spricht das nach unserem Dafürhalten eher gegen als für die Zugehörigkeit dieser Zustände zum manisch-depressiven Irresein; denn Manien beobachten wir im Klimakterium primär recht selten. Dazu unterscheiden sich die klimakterischen Melancholien — wenn man viele betrachtet — in ihrer Gestaltung wie im Verlauf doch wesentlich von den meisten De-

[1]) Vgl. darüber im Kapitel Störungen des Bewußtseins S. 389. Dort ist auch auf die symptomatologischen Beziehungen zwischen Amentia und Manie näher eingegangen worden.



pressionszuständen anderer Lebensalter. Im einzelnen Fall kann freilich die Differentialdiagnose recht schwierig werden.

Über die klinische Stellung des Querulantenwahns und seine Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein haben wir uns an anderer Stelle geäußert. Übergänge kommen unbestritten vor, und insbesondere daß auch paranoische Zustände periodisch verlaufen können, scheint uns bewiesen zu sein; als Typus weicht aber die zumeist unheilbare Paranoia von allen Formen des zirkulären Irreseins unseres Erachtens weit ab.

Mischungen und Übergänge finden wir endlich noch häufiger zwischen manisch-depressivem und hysterischem Irresein, und es fehlt nicht an Fällen, in denen man im Zweifel bleiben kann, ob man von der manischen oder depressiven Färbung eines hysterischen Erregungszustandes oder von hysterischen Zutaten zum Bilde der Manie oder der Melancholie sprechen soll. In der Regel ist das letztere der Fall, aber wieder sei daran erinnert, daß eine pathologische Periodizität alle nervösen Formen, also auch die hysterische, gelegentlich exazerbieren lassen kann.

Das manisch-depressive Irresein tritt als endogene Krankheit mit Vorliebe familiär auf. Oft läßt sich sogar eine Übereinstimmung der besonderen Verlaufsform bei den verschiedenen Familienmitgliedern nachweisen, aber ebenso häufig kommt das Gegenteil — Zyklothymie bei dem einen, periodische Manie z. B. bei dem anderen — vor.

Symptome.

Die Symptomatologie des Leidens bleibt auch bei verhältnismäßig strenger Umgrenzung des Krankheitsbegriffes noch mannigfaltig genug. Gewisse gemeinsame Grundzüge lassen sich aber stets wiedererkennen, und deshalb soll zunächst von den Grundtypen der Krankheit, der Manie und der Melancholie, ausgegangen werden, bei denen sich diese Elementarsymptome verhältnismäßig durchsichtig darstellen.

Melancholie.

Das Wesentliche bei der Melancholie ist eine in äußeren Ursachen nicht begründete traurige Verstimmung, ein depressiver Affekt, aus dem heraus eine trübe Auffassung der eigenen Lage, ein nie fehlendes subjektives Insuffizienzgefühl, sowie in schweren Fällen Versündigungsideen, soweit es die Vergangenheit, und ängstliche Befürchtungen, soweit es die Zukunft angeht, erwachsen. Wenn wir von den ängstlich agitierten Formen zunächst absehen, so ist die Stimmung für die meisten Fälle am besten als hoffnungslos und kleinmütig zu bezeichnen. Die Kranken sind mit sich unzufrieden, nicht mit den anderen, im Gegenteil die anderen tun schon viel zu viel, und der Patient ist alles dessen nicht wert. Nichts macht ihm Freude, alles erscheint ihm grau in grau, sein Gefühl ist gewissermaßen blockiert; selbst an dem Unglück ihm nahestehender Personen, an der Krankheit der Frau, am Tode eines Kindes kann er innerlich nicht teilnehmen, und so klagt er häufig nicht über eine depressive Stimmungslage, sondern über eine vollkommene Verödung seines Gefühls. Dies ist wohl der Grund, aus dem auch in verhältnismäßig leichten Fällen, in denen von einer eigentlichen Bewußtseinstrübung

noch keine Rede ist, von einer Umwandlung der eigenen Persönlichkeit gesprochen wird. „Es ist mir, als wenn ich mich selber spielen müßte“, hat mir einmal ein solcher Kranker gesagt, „ich erlebe das alles nicht mehr und begreife gar nicht, daß die anderen nicht merken, daß ich innerlich tot bin“. Dabei konnte dieser Kranke seine Hemmung soweit überwinden, daß er in Gesellschaft und im Amt tatsächlich nicht auffiel und gelegentlich sogar ganz lebhaft erschien.

Aus dieser Stimmung, die in ihren schwereren Graden folgerichtig zum Lebensüberdruß und zum Selbstmord führt, erwachsen depressive Auffassungen, die, je nach ihrer Stellung im Bewußtsein, den Charakter von überwertigen oder von Wahnideen annehmen. Ihr spezieller Inhalt ist zufällig und hängt von der persönlichen Lebenserfahrung ab. Über den Mechanismus ihrer Entstehung und die Rolle, die Erinnerungsfälschungen dabei spielen, ist früher ausführlich gesprochen worden. Wichtig ist, daß überwertige und Wahnideen ziemlich häufig hypochondrische und verhältnismäßig selten paranoide Formen annehmen, und noch wichtiger, daß nachweislich verkehrte Auffassungen in leichten Fällen der Melancholie auch ganz fehlen können. Regelmäßig verändert ist nur der Gefühlswert, den die Erinnerung an kleine Ungehörigkeiten, an unschöne Gedanken, wie sie jeder einmal hat, und dergleichen erlangt. — Ausgesprochene Verfolgungsideen sind bei den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins so selten, daß ihr Auftreten im Rückbildungsalter mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer klimakterischen Psychose im eigentlichen Sinne hindeutet. Verhältnismäßig häufig sehen wir leichte Beeinträchtigungsideen bei Manisch-depressiven nur im Beginn und in der Rekonvaleszenz sowohl der Melancholie wie der Manie.

Gelegentlich nehmen die krankhaften Vorstellungen bei der Melancholie eine vorwiegend religiöse Färbung an und sie können dann ziemlich phantastische Formen erreichen. Der Kranke ist schuld am Kriege, an der Krankheit und am Tode vieler anderer Menschen, seinetwegen wird die Welt untergehen usf. Einen nihilistischen Wahn (gar nicht mehr zu leben, nie sterben zu können, keinen Magen, kein Herz, keinen Pfennig Vermögen, kein Brot etc. zu besitzen) finden wir fast nur bei klimakterischen und namentlich senilen Depressionen.

Mit der traurigen Verstimmung ist gewöhnlich eine Erschwerung des Denkens und des Handelns verbunden, die man nach Kraepelins Vorgang als Hemmung bezeichnet, und die dem subjektiven Insuffizienzgefühl der Kranken naturgemäß immer neue Nahrung gibt. Auf das Symptom als solches braucht an dieser Stelle nicht wieder eingegangen zu werden. Nur daran sei erinnert, daß es sich in erster Linie in Entschlußunfähigkeit, sodann in einer Erschwerung der Auffassung und dementsprechend in einer Herabsetzung der Merkfähigkeit und schließlich in einer Zähflüssigkeit des Denkens äußert, die auch die Herrschaft über das früher erworbene Gedächtnismaterial beeinträchtigt. Gehemmte Kranke werden nicht selten ihrer „Schwerbesinnlichkeit“ und ihrer zuweilen auch falschen Antworten wegen für dement gehalten, und hauptsächlich deshalb ist die Erkennung einer lang dauernden Melancholie in einem Lebensalter, in dem schon mit arteriosklerotischen oder senilen Veränderungen des Gehirns gerechnet werden muß, häufig nicht leicht. In den schwersten Fällen führt die Hemmung zum Stupor, in dem sogar die elementarsten Bedürfnisse Entschlüsse nicht mehr veranlassen, so daß die Kranken

Urin und Kot unter sich gehen lassen und künstlich ernährt werden müssen. Hier wird natürlich die Unterscheidung von der Katatonie immer wieder Schwierigkeiten bereiten. Deshalb ist zu beachten, daß Andeutungen von Flexibilitas cerea auch bei gehemmten Kranken vorkommen, während sich Muskelspannungen und andere negativistische Zeichen neben der Depression außer bei Dementia praecox doch wohl ausschließlich bei klimakterischen und senilen Psychosen finden, die wir zum Teil deshalb dem manisch-depressiven Irresein nicht zurechnen. Wichtig ist, von anderen körperlichen Symptomen an den Pupillen z. B. abgesehen, die von Kraepelin hervorgehobene Tatsache, daß beim katatonischen Stupor vasomotorische Erscheinungen deutlicher hervorzutreten pflegen als bei der Melancholie. — Für die Unterscheidung der melancholischen Hemmung von gewissen hysterischen Stuporformen gelten die allgemeinen Gesichtspunkte, die für die Erkennung psychogener Mechanismen maßgebend sind (vgl. S. 266).

Im übrigen kann nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden, daß die Hemmung eine selbstverständliche psychologische Begleiterscheinung aller (auch der normalen) gemütlichen Verstimmungen darstellt. Eine Zeit lang hat man geglaubt, die klimakterische Melancholie an dem Fehlen dieses Krankheitszeichens erkennen zu können. Diese Hoffnung hat ebenso getrogen wie die andere, die heute noch an manchen Orten besteht, daß normale, physiologisch bedingte und neurasthenische Depressionen sich in dieser Hinsicht anders verhalten als solche, die Teilerscheinungen des manisch-depressiven Irreseins sind.

Jeder erfahrene Forscher muß zugeben, daß er einem traurig verstimmten Menschen nicht anzusehen vermag, ob sein Zustand nicht etwa durch entsprechende psychologische Anlässe wie eine bevorstehende Bestrafung etwa veranlaßt wird. Eine der häufigsten Ursachen solcher „psychogener“ Depressionen ist z. B. die zweite Schwangerschaft bei Frauen, die bei der ersten Entbindung viel durchgemacht haben und jetzt durch die Angst in eine tiefe Verstimmung hineingetrieben werden. Nun können solche Umstände natürlich auch bei Manisch-depressiven eine Verstimmung auslösen, aber es gibt Fälle, in denen sich diese ohne weiteres löst, wenn die Ursache fortfällt (die Schwangerschaft beendigt, das Strafverfahren eingestellt wird etc.), und da auch diese mit Hemmung einhergehen, wird man dem Symptom einen spezifischen, diagnostisch brauchbaren Wert nicht zuerkennen dürfen.

Auch die hysterisch gefärbte Depression, die wir während des Krieges besonders häufig sahen, ist von der manisch-depressiven nicht immer so leicht zu unterscheiden, wie es nach gelegentlich vorkommenden Schulfällen scheinen könnte. Die Hauptschwierigkeit liegt hier darin, daß spezifisch hysterische Züge, wie ein gewisses theatralisches Gehabe und übertriebene Ausdrucksbewegungen, auch bei manchen Manisch-depressiven beobachtet werden. Viel wichtiger ist deshalb der Nachweis, daß sich der Zustand planmäßig von außen beeinflussen läßt oder beispielsweise durch die Ankündigung einer vom Kranken nicht gewünschten Entlassung schlechter wird. Dazu fehlen bei den hysterischen Depressionen selten gewisse Beeinträchtigungsideen. So behauptete ein jüdischer Rechtsanwalt, der als Unteroffizier in der Garnison erkrankte, ein Leutnant habe nur deshalb häufig Kopfrollen befohlen, weil dabei der Soldat G. einer bekannten Christusdarstellung noch ähnlicher geworden wäre; derselbe

Offizier sollte häufig nach der Uhr gesehen haben, nur um seinen Bierzipfel zu zeigen und dem Patienten, der doch auch Student gewesen sei, den Unterschied ihrer jetzigen sozialen Stellung vor Augen zu führen.

Vielleicht noch unbequemer ist die Tatsache, daß sich auch die Erschöpfungsneurasthenie in einer mit Hemmung verbundenen Depression äußern kann. Daß konstitutionell Nervöse von Zeit zu Zeit an leichten Zuständen dieser Art erkranken, versteht sich beinahe von selbst; denn hier existieren prinzipielle Unterschiede überhaupt nicht; wie alle funktionellen Psychosen geht auch das manisch-depressive Irresein in seinen letzten Ausläufern schließlich in das allgemeine, große Gebiet der Psychopathie über. Auch praktisch ist es unerheblich, ob wir einen Grenzfall dieser Art mit der Etikette Zyklothymie versehen oder nicht; die sozialen Konsequenzen bleiben in beiden Fällen die gleichen, und die Zukunft können wir doch nicht voraussagen. Um so mehr wäre zu wünschen, daß wir diese Zustände wenigstens von gewissen Formen der Erschöpfungsneurasthenie sicher zu trennen vermöchten. In der Tat tauchen in dieser Hinsicht Schwierigkeiten auch nicht häufig auf — die Erschöpfungsneurasthenie ist eine recht seltene Krankheit, und die meisten Kranken, die unter dieser Flagge segeln, sind konstitutionell nervös oder sogar ausgesprochen manisch-depressiv. Liegt aber wirklich einmal eine rein exogen bedingte Neurasthenie vor, so läßt sich fast immer nachweisen, daß die Leistungsunfähigkeit nicht auf einer Hemmung der psychischen Vorgänge und auf Entschlußunfähigkeit, sondern auf einer abnormen Ermüdbarkeit beruht oder gar nur in der Einbildung des hypochondrischen Kranken besteht. Für gewisse Fälle muß aber zugegeben werden, daß sie sich im Moment nicht aufklären lassen und erst nach längerer Dauer ihre Zugehörigkeit zu der einen oder der anderen Krankheit erweisen. Zu beachten ist bei dieser Differentialdiagnose, daß alle Symptome der Neurasthenie, Stimmungen und Affekte, Insuffizienz- und hypochondrische Ideen, körperliche Mißempfindungen und geistige Leistungsunfähigkeit suggestiven Einflüssen, mögen sie nun von außen oder von innen kommen,in höherem Masse zugänglich sind als die Symptome der Melancholie. Dagegen finden sich Stimmungsschwankungen bei beiden Krankheiten, wenn auch aus verschiedener Ursache; denn auch Manisch-depressive verraten hin und wieder durch ein Lächeln oder durch einen überraschend eingeflochtenen Scherz, daß die manische Komponente ihrer Krankheit nicht völlig unterdrückt, sondern nur zurückgedrängt worden ist.

Wenig beweisend für die Unterscheidung beider Krankheiten sind, wie wir heute wissen, die körperlichen „nervösen" Störungen, die man früher — und in vielen Sanatorien noch heute — als ausschließliches Vorrecht der Neurasthenie ansah. Magen- und Herzneurosen ebenso wie Kopfdruck und Kopfschmerzen z. B. sind nicht selten Ausdruck einer zyklothymen Verstimmung, und so ist es kein Wunder, daß solche Kranke oft durch Monate ein Bad nach dem andern vergeblich aufsuchen, bis ihre Krankheit von selbst verschwindet. Vor der Entdeckung der Wassermannschen Reaktion sind sogar Schmierkuren bei derartigen zirkulären Hypochondern vorgenommen worden. Die Schwierigkeit, die hier liegt, ist im wesentlichen damit behoben, daß man an sie überhaupt denkt; ganz abgesehen von dem periodischen Verlauf, der sich bei genauer Anamnese fast immer nachweisen läßt, pflegen manisch-depressive Hypochonder viel weniger zäh und reizbar in der Vertretung ihrer hypochondrischen Auf-

fassungen zu sein oder doch, wenn eine Reizbarkeit zutage tritt, dann auch gleich ihren manischen Charakter erkennen zu lassen.

Diagnostisch recht unbequem ist schließlich das verhältnismäßig häufige Auftreten von Depressionszuständen im Beginn der Dementia simplex und der Hebephrenie (über Katatonie s. u.). Im Prinzip besteht dabei der Unterschied, daß Dementia praecox-Kranke nicht gehemmt, sondern gesperrt sind, und daß hinter ihrem traurigen Gebaren gewöhnlich kein ganz entsprechender depressiver Affekt steht. Im Einzelfall versagen diese Kriterien aber oft für lange Zeit, und dann erweisen sich häufig als besonders wertvoll die in der Beschreibung weniger faßbaren Symptome der Dementia praecox, wie die eigentümliche Gebundenheit der Bewegungen, das Fehlen der natürlichen mimischen Ausdrucksbewegungen, der starre, fremdartige, zuweilen wie abwesende Gesichtsausdruck, ein gelegentliches Grimassieren, die Unmöglichkeit, mit dem Kranken in einen wirklichen psychischen Konnex zu treten, oder ein plötzlich auftretendes unmotiviertes Mißtrauen. Solche Kranke kommen in die Sprechstunde, sind aber bei der Exploration eigentümlich zäh, sie versichern, sie wollten eine Kur durchmachen, bleiben aber ohne Begründung einfach fort, um ebenso unmotiviert eines Tages wiederzuerscheinen. — Später treten dann sichere psychische und körperliche Symptome der Dementia praecox auf.

Alle bisherigen Erörterungen gelten natürlich im wesentlichen nur für die leichten Verlaufsformen der Melancholie. Bei den schweren finden wir fast regelmäßig eine leichte Trübung des Bewußtseins, die wenigstens nicht immer allein von der Hemmung abhängt. Schon die Auffassung ist getrübt, die Orientierung leidet, und die Personen der Umgebung werden im Sinne des depressiven Wahns in ziemlich phantastischer Weise verkannt. Der Henker kommt, Geister erscheinen, der Teufel will den Kranken holen, man will die Patientin in ein Bordell schleppen, ihre weibliche Ehre verletzen, draußen wird das Schafott errichtet usf.

Aus diesen Auffassungsstörungen, die in manchen Fällen bis zu einem Zustand fast traumhafter Benommenheit führen können, gehen die Sinnestäuschungen hervor, die zwar nicht notwendig zum Bilde der Melancholie gehören und sicher bei klimakterischen und senilen Depressionen häufiger sind, die jedoch in manchen Fällen auch bei zweifellos Manisch-depressiven vorkommen. Während aber bei den Depressionszuständen des Rückbildungsalters auch eigentliche (meist beschimpfende) Stimmen beobachtet werden, bleibt es hier (wenn die Patienten nicht inzwischen klimakterisch beziehungsweise senil geworden sind oder aber fiebern) immer bei lebhaften Phantasievorstellungen und Illusionen. Verhältnismäßig häufig sind Sensationen, die natürlich leicht zu hypochondrischen Auffassungen Anlaß geben.

Bewußtseinstrübungen und Sinnestäuschungen werden übrigens bei der ängstlich-agitierten Melancholie häufiger angetroffen als bei der, die mit Hemmung verbunden ist. Nach dem, was oben in bezug auf die Sinnestäuschungen und auf den Bewußtseinszustand gesagt worden ist, bedarf diese Tatsache keiner Erklärung. Auch hinsichtlich der Gestaltung der Angstmelancholie sei auf frühere Erörterungen verwiesen (S. 213). Differentialdiagnostisch kommen hier außer der klimakterischen Melancholie, die häufig ängstlich gefärbt ist, ängstliche Phasen im Verlauf der Paralyse, der Arteriosklerose, der senilen Demenz, ferner Angstzustände bei Neuropathen, Neuras-

thenikern, Hysterischen und Epileptikern und endlich auch gewisse Erregungszustände bei der Katatonie in Betracht. Um mit den funktionell-nervösen Störungen zu beginnen, werden sich die hysterische, die neurasthenische und die hypochondrische Angst des konstitutionell Nervösen fast immer an dem ungünstigen Einfluß störender äußerer Umstände sowie an dem günstigen Erfolg beruhigender oder sonstiger suggestiver Maßnahmen erkennen lassen, während eine schwere melancholische Angst psychologisch so gut wie gar nicht beeinflußt, sondern nur durch Opiate oder durch Bäder bekämpft werden kann. Dazu kommt, daß ängstlich erregte Psychopathen, auch wenn sie hypochondrische Auffassungen mit Selbstvorwürfen (Onanie) in Verbindung bringen, recht häufig eine der Melancholie ganz fremde, egoistische Rücksichtslosigkeit gegen ihre Umgebung an den Tag legen, die von der demütigen Bescheidenheit der Melancholiker grell absticht. Wenn sich ein ängstlich verstimmter Kranker über jede kleinste Störung durch einen Mitpatienten beschwert, so handelt es sich höchstens um einen manisch-depressiven Mischzustand, sicher aber um keine reine Melancholie.

Für die Erkennung der Paralyse, der senilen Demenz und der Arteriosklerose gelten allgemeine Gesichtspunkte, die in diesem Zusammenhange nicht noch einmal hervorgehoben zu werden brauchen. Bei der Katatonie wird sich die Unterscheidung im Moment häufig überhaupt nicht durchführen lassen. Oft nimmt das Jammern solcher geängstigter Kranken erst nach Tagen oder Wochen einen mehr zwangmäßigen, stereotypen, gefühlsleeren Charakter an, um dann schnell in das Bild einer heftigen katatonischen Erregung überzugehen. Die körperlichen Symptome der Dementia praecox pflegen leider gerade in diesen einleitenden Stadien häufig noch zu fehlen.

Für bestimmte Angstzustände im Verlauf der Epilepsie gilt eine ähnliche Beurteilung. Auch sie können im Augenblick nicht diagnostiziert werden, es sei denn, daß die Anamnese, der elementare Bewegungsdrang und die Eigenart von Bewußtseinstrübung und Sinnestäuschungen das Vorhandensein eines epileptischen Delirs sicherstellen.

Manie.

Die Manie ist in jeder Hinsicht das Gegenstück der Melancholie. Ihre wesentlichsten Symptome sind gehobene Stimmung, Ideenflucht, Rede- und Betätigungsdrang. Auf die Stimmungsanomalie braucht nach früher (S. 206) Gesagtem nicht mehr eingegangen zu werden, nur an die Labilität der Gemütslage, die Neigung zum Umschlag in Depression und zornige Gereiztheit, die mit der durchschnittlich vorhandenen Euphorie verbunden zu sein pflegt, sei noch einmal erinnert. Regelmäßig führt die Grundstimmung zu dem Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, dagegen nur ausnahmsweise zu fixierten Größen- oder Beeinträchtigungsideen. Häufig handelt es sich, wenn ähnliche Dinge behauptet werden, um ein scherzhaftes Spiel mit entsprechenden Vorstellungen oder um die Entladung eines augenblicklichen Affektes. Immerhin kommen Ausnahmen vor. Manche Größenideen werden durch längere Zeit festgehalten, wenn auch gewöhnlich sehr oberflächlich begründet. Der Kranke ist hochmusikalisch, beherrscht viele Sprachen, weiß die Gedanken seiner Umgebung; er versteht den Umgang mit Geistes-

kranken besser als jeder Arzt, wird von allen Patienten geliebt und verehrt. Fast niemals aber steht der Kranke so mit seiner Persönlichkeit hinter diesen Ideen wie bei der Paranoia oder der Paraphrenie. „Wenn ich es mir wirklich bloß eingeredet habe", meinte einer meiner Patienten, der behauptet hatte, er solle Reichskanzler werden, und man mache überall entsprechende Anspielungen, „so kann ich es mir ja auch wieder ausreden". In solchen Fällen durchflechten sich die Größenvorstellungen dann gewöhnlich mit gewissen Beeinträchtigungsideen und insofern bilden sie den Übergang zu den früher ausführlich besprochenen manischen Querulanten. Auffälliger ist, daß auch hypochondrische Überzeugungen während einer manischen Erregung verfochten werden können. Zuweilen hat man dabei die Überbleibsel vorangegangener depressiver Verstimmungen vor sich, in anderen Fällen werden aber auch gewisse körperliche Sensationen und die Schlafstörung z. B., die beim Manischen selten fehlt, hypochondrisch ausgedeutet. Das Wissen um das Vorkommen dieser Fälle genügt gewöhnlich zu ihrer Erkennung; denn es fehlt der eigentliche, tief sitzende hypochondrische Affekt, die Angst, und den Kranken liegt mehr daran, mit ihren Krankheitsbehauptungen beim Arzt und bei ihrer sonstigen Umgebung Erfolg zu haben als von ihren Krankheiten befreit zu werden. Für manche leicht manische Personen ist das Reisen von Sanatorium zu Sanatorium einfach die Form, in der sich ihr Betätigungsdrang äußert.

Diese allgemeine Willenserregung ist wohl das wichtigste Symptom der Manie, das regelmäßiger vorhanden ist als ausgesprochene Ideenflucht und sich zuweilen auch leichter nachweisen läßt als die Stimmungsanomalie, mit der sie freilich psychologisch eng verkuppelt ist. Sie ist grundverschieden von dem elementaren Bewegungsdrang der katatonischen oder der epileptischen Erregung und zeigt sich, wie wir früher gesehen haben, vor allem in einer erleichterten Auslösung aller Willensantriebe und in der Neigung zu fortgesetzt wechselnder Beschäftigung. Insofern steht sie dem Verhalten im Beginn der Alkoholvergiftung nahe. Wie bei dieser gehört auch in den leichteren Fällen der Manie ein gewisses Maß von Außenreizen dazu, um sie recht zu entfalten; erst schwerer Kranke, die freilich den Laien noch lange nicht als geisteskrank zu imponieren brauchen, treibt eine innere Unruhe von Unternehmen zu Unternehmen, und nur bei den schwersten kommt es zu dem Bilde einer tobsüchtigen Erregung, in der sich die Absichten so überstürzen, daß der Zusammenhang der wechselnden Bewegungsimpulse schließlich nicht mehr erkennbar bleibt. Diese Fälle lassen sich von der katatonischen und der epileptischen Erregung in der Tat nicht ganz leicht unterscheiden. Erst bei genauerem Zusehen stellt sich gewöhnlich heraus, daß der Bewegungsdrang nicht so elementar und psychologisch nicht so unverständlich ist wie bei diesen Krankheiten. Damit hängt zusammen, daß auch diese schweren Fälle immer noch etwas vom Verhalten der Umgebung abhängen. Katatoniker und Epileptiker toben bekanntlich auch weiter, wenn man sie sich selbst überläßt, manische Patienten aber pflegen in der Klinik auch bei schwerster Erregung verhältnismäßig harmlos und bis zu einem gewissen Grade lenkbar zu bleiben, während sie auf die unzweckmäßigen Beruhigungsversuche ihrer Angehörigen, mögen sie nun moralischer oder mechanischer Art sein, ziemlich regelmäßig mit heftigem Widerstand und rasch wachsender Erregung antworten. — Erfahrene Beobachter werden endlich katatonischen Erregungen gegenüber

auch die Erfahrung verwerten können, daß der Wegfall der Hemmungen bei der Manie eine große Leichtigkeit aller Bewegungen und damit eine Grazie erzeugt, die Schizophrene so gut wie niemals besitzen.

Diagnostisch wichtig ist die Tatsache, daß bei allen, auch den verhältnismäßig leichten, manischen Patienten das Ermüdungsgefühl ganz fehlt, ein Symptom, das die oft unglaublichen Unternehmungen der Kranken überhaupt erst ermöglicht und das nebenbei die Annahme der Simulation stets leicht ausschließen läßt.

Eine Teilerscheinung des Betätigungsdranges ist die Neigung manischer Patienten, viel zu reden. Auch hinsichtlich dieses Krankheitszeichens und seiner Folgen für die Auswahl der Assoziationen und den Ablauf des Gedankenganges muß auf frühere Erörterungen (S. 112) verwiesen werden.

Hinzugefügt sei nur, daß die Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, die der Ideenflucht zugrunde liegt, auch beim Betätigungsdrange eine wichtige Rolle spielt, und daß sich so beide Erscheinungsreihen — motorische Unruhe und Störung des Denkens — unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte betrachten lassen. Den höchsten Grad des ideenflüchtigen Denkens, die ideenflüchtige Verwirrtheit, haben wir schon früher auf den rapiden Wechsel des Vorstellungsthemas zurückgeführt, der den Untersucher — ähnlich wie wir es soeben für das Handeln gesehen haben — die einzelnen verbindenden Gedankenglieder nicht mehr erkennen läßt. So gelangt der Arzt leicht zu der irrigen Annahme eines gänzlich zusammenhanglosen Denkens. Eine ähnliche Wirkung wird aber auch für das Bewußtsein des Kranken selbst entstehen müssen, wenn wirklich gar kein Gedanke mehr haftet und jeder nur ganz flüchtig auftaucht. Deshalb besteht bei jeder ideenflüchtigen Verwirrtheit eine gewisse Bewußtseinstrübung, und insofern führen diese Fälle zu den deliriösen Formen der Manie herüber, die wir nicht ganz selten, aber zuweilen auch aus anderem psychologischen Anlaß, beobachten.

Eine ideenflüchtige Verwirrtheit kann ohne jede Sinnestäuschung bestehen, wie Wahrnehmungsanomalien, die über Auffassungsstörungen und illusionäre Verkennungen hinausgehen, bei manischen Kranken überhaupt selten vorkommen. Auf der anderen Seite gibt es Fälle, in denen die Ideenflucht keineswegs hohe Grade erreicht und doch von vornherein eine stärkere Trübung des Bewußtseins mit Sinnestäuschungen auftritt. Am häufigsten erleben die Kranken dann religiös gefärbte Situationen: Teufel, Geister, Engel, Gott selbst sprechen mit ihnen; sie sehen den Himmel offen, hören Sphärenmusik, ihr verstorbener Vater erscheint ihnen, der Engel Gabriel ruft ihnen etwas zu. Wir haben uns bisher nicht davon überzeugen können, daß es sich bei diesen Zuständen, deren Zugehörigkeit zur Gruppe des manisch-depressiven Irreseins durch den Verlauf und die übrige Symptomatologie unzweifelhaft erwiesen wird, um echte Halluzinationen handelt, und möchten glauben, daß das bei Manischen überhaupt intensive Phantasiespiel in diesen Fällen sinnlich lebhafte Vorstellungen veranlaßt, deren Wirklichkeitscharakter von den Kranken mehr behauptet als innerlich anerkannt wird. Das gleiche gilt zum Teil für die Orientierungsstörungen, die freilich häufig auch von der Auffassungsstörung abhängen und insofern tiefer begründet sind. Die Kranken glauben im Gefängnis, in einem Konzentrationslager, in einem Bordell zu sein, halten den Arzt für ihren Bruder, die Oberin für ihre Mutter, einen Mitpatienten für einen Detektiv.

In schweren manischen Zuständen ist natürlich immer auch das Urteil gestört, so daß unkritische Behauptungen, wenn die Bewußtseinstrübung feststeht, gegen die Annahme der Manie nicht ausgespielt werden dürfen. Eine gewisse Herabsetzung des Urteils folgt übrigens aus der Oberflächlichkeit des Gedankenganges auch in leichteren Fällen, ebenso wie die Merkfähigkeit durch die unscharfe Auffassung und die geringe Nachhaltigkeit des den einzelnen Dingen zugewandten Interesses beeinträchtigt wird.

Schließlich schädigen Gefühls- und Denkstörung im Verein mit der Willenserregung regelmäßig auch den Charakter des Kranken. Keinem manischen Patienten, sagt Wernicke, wird es je einfallen, Mitleid mit anderen zu äußern, wenn diese das Mitleid auch noch so sehr herausfordern. Ganz im Gegenteil beklagt er sich nur über die Störung, die er etwa durch sie erfährt, und erwidert jede Belästigung durch Schläge. Daß dieselben Kranken lügen, verleumden, hetzen, betrügen, wo es ihnen irgend vorteilhaft erscheint, sahen wir früher schon und ebenso, daß sie in sexueller Hinsicht gewöhnlich jede Zurückhaltung und jede Scham vermissen lassen. Wenn man die Kranken aus gesunden oder gar aus leicht gehemmten Tagen kennt, so ist dieser Wandel oft höchst überraschend: junge Mädchen sprechen von den unflätigsten Dingen, entblößen sich ohne jede Rücksicht, Offiziere brechen ihr Ehrenwort, und sonst ernste Menschen reden in zynischen Ausdrücken über religiöse Fragen wie über ihre intimsten Familienangelegenheiten.

Was das körperliche Verhalten manischer Kranker angeht, so ist auch dieses dem der melancholischen in vielen Dingen entgegengesetzt. Gemeinsam sind die oft beobachtete Lebhaftigkeit der Reflexe, die Erweiterung der Pupillen, die Beschleunigung des Pulses und die Erhöhung des Blutdruckes, die wir in den meisten Fällen finden, sowie die Gewichtsabnahme (vgl. S. 423) und die Schlafstörungen, die fast nie fehlen und dem Beginn anderer Krankheitssymptome meist ziemlich lange vorangehen. Dagegen ist der gesamte Habitus, und zwar nicht bloß infolge des Verhaltens der mimischen Muskulatur, der Haltung und der Bewegungen, bei beiden Krankheiten grundverschieden. Melancholische verfallen, scheinen rapid zu altern, ihre Haut wird blaß, grau und fahl, ihre Haare ergrauen vorzeitig, ihre Stimme ist leise, monoton, ihr Puls klein, das Gefäßrohr oft zusammengezogen und gespannt, die Magen- und Darmtätigkeit ist weniger lebhaft als früher, der Appetit liegt darnieder, der Stuhl ist verstopft (wenn nicht infolge der Angst Durchfälle auftreten), die Temperatur erreicht tiefe normale Werte. — Bei der Manie dagegen finden wir ein frisches, jugendliches Aussehen, glänzende Augen, lebhafte Züge, gerötetes Gesicht, erweiterte, hochschlagende Arterien. Die Haut ist frisch und jugendlich, das Haar scheint (unter Umständen mit dem alten Pigment) wieder zu wachsen, die Temperatur ist hoch normal, die Atmung beschleunigt, alle Bewegungen werden elastisch ausgeführt, die Stimme ist kräftig, die Eßlust gesteigert.

Die Differentialdiagnose der Manie macht in den einfachen, typischen Fällen keine großen Schwierigkeiten. Grobe Irrtümer wie der, daß die Kranken für betrunken gehalten werden, bedürfen kaum der Erwähnung; wohl aber sei daran erinnert, daß der Alkoholmißbrauch, der gelegentlich zu unrecht als die Ursache der krankhaften Verstimmung angesehen wird, in Wirklichkeit eine ihrer häufigsten Folgen darstellt. Insbesondere chronisch manische (ebenso wie konstitutionell depressive) Menschen stellen ein erhebliches Kontingent

zu den Trinkern, und die manischen Grundzüge ihrer Persönlichkeit müssen unter dem alkoholistischen Firnis häufig erst herausgesucht werden. Außer dem Alkohol vermag übrigens auch das beginnende Fieber manieähnliche Zustände mit einer subjektiv empfundenen Erleichterung des Gedankengangs, gehobener Stimmung, Ablenkbarkeit, motorischer Unruhe und Rededrang hervorzubringen (Bonhoeffer). Nur treten dabei — wenn es sich nicht doch um Manisch-depressive handelt! — gewöhnlich auch inkohärente Züge mehr oder minder deutlich hervor (vgl. S. 145).

Von der Unterscheidung der katatonischen Erregung vom manischen Betätigungsdrang war schon die Rede. Hinzugefügt sei, daß auch Hebephrene manische Zustandsbilder durchmachen können, die diagnostisch oft unbequem sind. Hier werden wir in erster Linie auf spezifische schizophrene Assoziationen — ideenflüchtige Gedankengänge kommen auch bei erregten Hebephrenen vor — auf Stereotypien, Manieren, scheues, schrulliges Wesen, unberechenbare, rohe Gewalttaten, auf Sinnestäuschungen und schließlich auf die körperlichen Erscheinungen der Dementia praecox zu achten haben. Übrigens gibt es auch im Verlauf der Dementia praecox periodische Schwankungen zwischen Erregung und Depression, die den allgemeinen Zügen der Schizophrenie gewissermaßen aufgelagert und die deshalb vom manisch-depressiven Irresein um so schwerer zu unterscheiden sind, je geringfügiger die ausgesprochenen schizophrenen Symptome sind.

Manische Erregungen bei Imbezillen, die nicht ganz selten sind, müssen wohl als ein Zusammentreffen beider Krankheiten aufgefaßt werden; gewisse Spielarten der erethischen Imbezillität sind als konstitutionelle Erregungen bei schwachsinnigen Menschen zu deuten. Zu warnen ist aber vor der irrigen Annahme des Schwachsinns bei gewissen manisch-depressiven Mischzuständen (s. u.), bei denen Rededrang ohne Ideenflucht besteht und die sprachlichen Leistungen infolgedessen auffallend dürftig erscheinen.

Über die Unterscheidung der manischen Tobsucht von den Dämmerzuständen der Epilepsie ist schon gesprochen worden. Nachzutragen ist, daß Heilbronner und andere ausnahmsweise auch rein manische Zustandsbilder mit ausgesprochener Ideenflucht bei zweifellos epileptischen Personen beobachtet haben. Die Diagnose solcher Fälle wird sich ohne genaue anamnestische Daten häufig überhaupt nicht stellen lassen; zum Glück sind sie sehr selten.

Von hysterisch gefärbten Manien und manischen Erregungen bei hysterischen Personen war in der Einleitung dieses Kapitels bereits die Rede. Es handelt sich wohl immer um das Zusammentreffen zweier Krankheitsanlagen, was bei der Häufigkeit einer leichten hysterischen Anlage ohne weiteres verständlich erscheint.

Sodann nehmen gewisse Exaltationszustände im Verlaufe des Basedow gelegentlich einen rein manischen Charakter an. Die diagnostische Gefahr dieser Komplikation liegt vor allem darin, daß die körperliche Krankheit übersehen werden kann. Die Schwierigkeit wird dadurch noch größer, daß bei manischen Kranken die Schilddrüse zuweilen an Volumen etwas zunimmt, und daß schließlich auch echte Mischungen beider Krankheitsanlagen vorkommen. — Die leicht manische Grundstimmung vieler choreatischer Kinder wird diagnostische Schwierigkeiten nicht verursachen. — Ebenso pflegt das als Moria gekennzeichnete Krankheitsbild, das bei manchen Hirnherden vor-

kommt und in einer läppischen Erregung besteht, zu Irrtümern in dieser Hinsicht keinen Anlaß zu geben. Schwieriger ist die Unterscheidung dieser Fälle von manchen Schizophrenen.

Lange bekannt ist das Vorkommen rein manischer Syndrome im Beginn der progressiven Paralyse. Noch heute muß zugegeben werden, daß wir ohne die in den körperlichen Symptomen gegebene Hilfe diese Fälle gelegentlich nicht zu diagnostizieren vermöchten. Im übrigen weichen die Angaben über das Vorkommen dieser Fälle ziemlich weit von einander ab, was zum Teil wohl auf Zufälligkeiten zurückgeführt werden muß. Heilbronner hat die paralytischen Manien auf Grund des Hallenser Materials als häufig bezeichnet, und ich selbst erinnere mich an mehrere von ihm und Hitzig demonstrierte Fälle dieser Art. In Freiburg dagegen habe ich in 13 Jahren unter zahlreichen Paralysen keine einzige gesehen, die in dieser Hinsicht ernste Schwierigkeiten hätte machen können, in Rostock bei einem nicht größeren Material nach nur zweijährigem Aufenthalt zwei, in Breslau in wenigen Monaten einen.

Die ganze Frage würde angesichts der neurologischen und serologischen Untersuchungsmöglichkeiten keine praktische, sondern nur theoretische Bedeutung besitzen, wenn nicht von Zeit zu Zeit mit der Tabes funktionelle Psychosen zusammenträfen. Hier sind wir in der Tat auf rein psychologische Kriterien angewiesen — es sei denn, daß eine Sprachlähmung oder sonstige unzweifelhafte zerebrale Ausfallserscheinungen das Bild plötzlich klären. Die Gesichtspunkte, auf die bei der psychiatrischen Unterscheidung von Manie und Paralyse der Nachdruck gelegt werden muß, brauchen nicht noch einmal hervorgehoben zu werden.

Seltener als bei Paralytikern sehen wir manische Erregungen bei Senilen, außer wenn es sich um von jeher manisch-depressive Persönlichkeiten handelt.

Zuzugeben ist aber, daß ausgesprochen zirkuläre Psychosen noch in verhältnismäßig spätem Lebensalter einsetzen können, so daß der erste Anfall mit Rücksicht auf das negative Ergebnis der Anamnese an arteriosklerotische oder senile Demenz denken läßt.

Konstitutionelle Erregung und Depression. Zyklothymie.

Bei der bisherigen Erörterung sind in erster Linie die typischen Bilder der Manie und der Melancholie berücksichtigt worden. Wir haben aber schon festgestellt, daß das manisch-depressive Irresein auch Dauerformen — konstitutionelle Erregung und konstitutionelle Depression — annehmen oder sich in leisen Schwankungen durch das ganze Leben hinziehen kann — Zyklothymie —, ohne daß deshalb eine ausgesprochene Manie oder Melancholie je einzutreten braucht. Aber auch die Vereinigung solcher Habitualzustände mit dem Vorkommen einer einmaligen oder mehrmaligen schweren Krankheitsattacke wird beobachtet, sodaß wir, wenn wir die Tatsachen graphisch darstellen wollen, zehn verschiedene Verlaufstypen[1]) (vgl. Abb. 81) aufstellen müßten. Auch dabei würden gewisse Ausgänge des manisch-depressiven Irreseins noch nicht berücksichtigt sein, die diagnostisch deshalb wichtig sind, weil sie zu Verwechselungen mit Verblödungsprozessen Anlaß geben können. Es

[1]) Zählen wir die einfache Manie und die einfache Melancholie noch hinzu, so sind es 12.



gibt Kranke, deren zumeist manische Anfälle sich immer schneller folgen, bis schließlich die freien Zwischenzeiten ganz fortfallen. Zugleich wird das Krankheitsbild unreiner; die Stimmung ist weder ausgesprochen euphorisch noch depressiv, sondern schwankt zwischen unwirscher Reizbarkeit und läppischer Heiterkeit; die motorische Unruhe kann die Form eines fast stereotyp aussehenden, elementaren Bewegungsdranges annehmen, oder aber es tritt eine Hemmung ein, die nach längerer Zeit schließlich wie blöde Teilnahmslosigkeit aussieht.

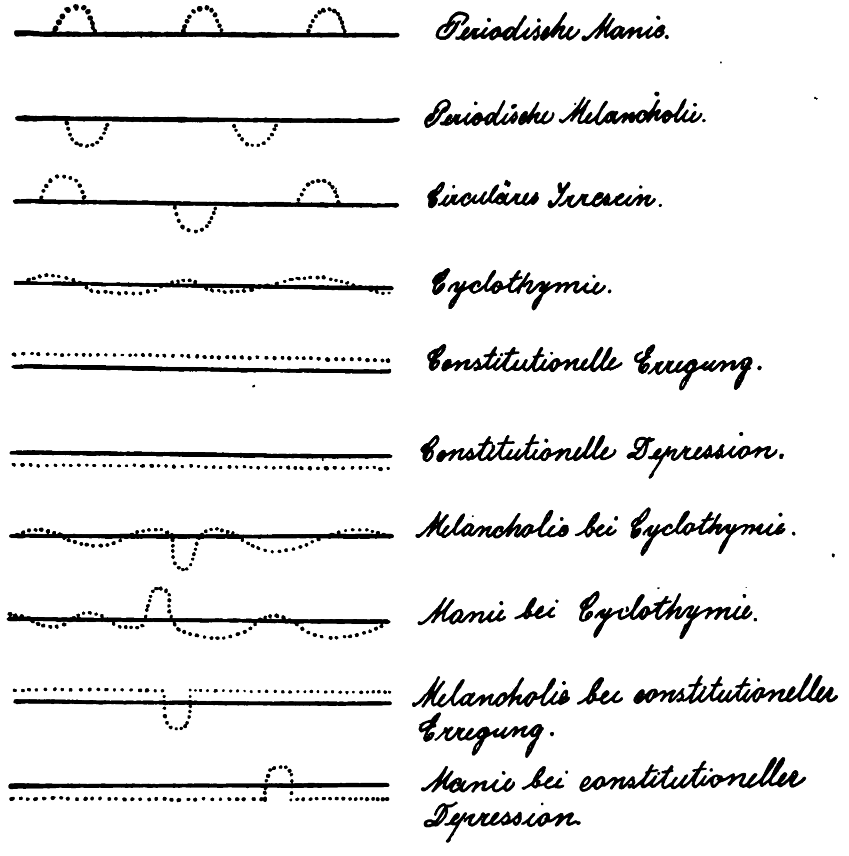


Abb. 81. Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins.

Am konstantesten scheint noch die Ideenflucht zu sein, die aber wegen ihres immer dürftiger werdenden Inhalts leicht als Zerfahrenheit oder Verwirrtheit imponiert. Schließlich finden sich in diesen Fällen fast regelmäßig lebhafte Phantasievorstellungen und echte Sinnestäuschungen, die den Kranken nun vollends von der wirklichen Umwelt abschließen und so das Bild der Verwirrtheit oder des endgültigen psychischen Verfalls noch vervollständigen. Aber auch aus einem solchen Zustand habe ich eine Patientin noch nach sieben Jahren wieder herauskommen und genesen sehen. — Übrigens wird nicht ganz selten eine wirkliche Verblödung durch eine bei Manisch-depressiven verhältnismäßig häufige Komplikation mit Arteriosklerose hervorgerufen.

Die Diagnose der leichten konstitutionellen Zustände und der Zyklothymie ist insofern schwieriger als die der groben Krankheitsäußerungen, als diese Zustände schließlich ohne schroffe Übergänge in die Eigentümlichkeiten noch normaler Temperamente übergehen. Deshalb ist es selten möglich, von den Laien zuverlässige Grundlagen für die Beurteilung zu erhalten. Sie sind an die Besonderheiten ihres abnormen Angehörigen so gewöhnt, daß sie nicht leicht auf den Gedanken verfallen, er sei von jeher krankhaft veranlagt gewesen. Die Kranken selbst aber haben höchstens dann eine gewisse Einsicht für ihren Zustand, wenn er depressiver Natur ist. Eine manische Erregung wird auch nachträglich fast stets als normal angesehen, und so werden wir eine kritische Beurteilung bei einem Patienten, der aus seiner Manie überhaupt niemals herauskommt, füglich nicht erwarten dürfen. Auch für die zyklothymen Verstimmungen machen die Patienten selbst fast immer äußere Anlässe verantwortlich, und es ist schon ein ziemlich hohes Maß von Bildung erforderlich, um den einzelnen seinen Zustand anders beurteilen zu lassen. — Dazu kommt, daß gerade diese konstitutionellen Zustände, und zwar die Erregung noch mehr als die Depression, die psychische Leistungsfähigkeit des Kranken und damit das Urteil auch sekundär schädigen. Die Patienten, die entweder (in der Depression) an nichts wirklichen Anteil nehmen oder (in der Manie) alles nur obenhin beobachten und beurteilen, verflachen allmählich und verfallen so in ein leichtes psychisches Siechtum, dessen Entstehung oft verkannt wird. Alkoholmißbrauch und soziales Scheitern verstärken natürlich diese Wirkung. — Auf die Differentialdiagnose der konstitutionellen Manie dem Querulantenwahn gegenüber ist oben, auf die Unterscheidung von gewissen psychopathischen Formen (pathologische Schwindler, Haltlose, moral insanity) soll an anderer Stelle eingegangen werden.

Für die Prognose ist wichtig, daß Zyklothymien und konstitutionelle Formen zwar das Auftreten einmaliger schwerer Melancholien und Manien nicht ausschließen, daß sich aber, wie wir früher (S. 219) schon hervorgehoben haben, im allgemeinen doch zwei Typen auseinanderhalten lassen: auf der einen Seite Menschen, die ein oder mehrere Male im Leben an verhältnismäßig schweren Manien oder Melancholien erkranken, in der Zwischenzeit aber so gut wie ganz gesund sind; und auf der anderen zyklothyme Persönlichkeiten, deren gemütliches Gleichgewicht sich von der Normallage niemals weit entfernt, sie jedoch auch nur vorübergehend oder gar nicht erreicht. Wie gesagt heben sich aber diese Typen nur bei der Durchsicht eines großen Krankenmaterials heraus. Dazu kommt, daß die Zwischenzeiten auch bei der ersten Verlaufsform nur mit erheblichen Einschränkungen als gesund gelten können. Kraepelin fand bei 37% seiner Kranken dauernde Eigentümlichkeiten. Viele Kranke sind reizbar, andere neigen — auch aus exogener Ursache — zu Verstimmungen, wieder andere zeigen ein leicht manisches Temperament.

Mischzustände.

Noch größere Schwierigkeiten als diese Dauerformen bereiten der Diagnose die Mischzustände, durch deren Analyse Kräpelin und seine Schüler das Verständnis des manisch-depressiven Irreseins wesentlich gefördert haben. Auch sie sind früher schon behandelt worden. Hier seien die Möglichkeiten, die in dieser Hinsicht vorliegen, nur ganz kurz und darum etwas schematisch



noch einmal gestreift. Sie beruhen, wie wir sahen, zum Teil auf der Leichtigkeit, mit der sich gegensätzliche Symptome — Euphorie und Depression, Hemmung und Erregung — plötzlich, unter Umständen für Sekunden, ablösen können, zum anderen Teile aber darauf, daß die beiden Grundstörungen bei der Manie sowohl wie bei der Melancholie, die gemütliche Verstimmung und die psychomotorische Anomalie, nicht so fest aneinander gekettet sind, daß nicht jede von der anderen losgelöst und in anderer Verbindung vorkommen könnte. Schon daß es agitierte Melancholische gibt, stimmt nicht recht zu den scheinbar innigen Beziehungen, die zwischen depressiver Stimmung und psychomotorischer Hemmung ebenso bestehen, wie zwischen Euphorie und Erregung. Aber wir haben auch einen manischen Stupor — Euphorie, motorische und Denkhemmung — und sogar Hemmung bei Euphorie und Ideenflucht kennen gelernt, während die Mischung von Denkhemmung und motorischer Unruhe so selten ist, daß mit ihr praktisch kaum gerechnet zu werden braucht.

Wie gesagt, ist unser diagnostisches Können durch die Analyse dieser Mischzustände wesentlich verfeinert worden. Die agitierte Melancholie war ja bekannt und wird heute nur anders gedeutet. Der manische Stupor aber, der früher notwendig als Katatonie verkannt werden mußte, wird sich durch das Fehlen negativistischer Erscheinungen, schizophrener Assoziationen und der körperlichen Symptome der Dementia praecox fast immer von Sperrungszuständen unterscheiden lassen. Trotzdem bedeutet die Aufstellung der manisch-depressiven Mischzustände auch eine Gefahr. Man kann heute allzu leicht irrtümlich Züge des manisch-depressiven Irreseins bei Kranken wiederzuerkennen glauben, deren Zustand sich von den typischen Formen der Manie und der Melancholie unter Umständen sehr weit entfernt. Da sich alle Symptome des manisch-depressiven Irreseins nicht nur, sondern überhaupt alle funktionellen Störungen aus den Eigentümlichkeiten der gesunden Psyche ableiten lassen, so wird eine verfeinerte Analyse auf verwandtschaftliche Beziehungen auch zwischen recht heterogenen Leiden stoßen müssen. Als Beispiel mag der früher schon erwähnte Versuch Stöckers dienen, alle Zwangsvorstellungskranken dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen. Er ist, wie wir sehen, insofern berechtigt, als beide Krankheitsanlagen auf dem Boden der ererbten Psychopathie in der Tat nicht selten zusammen erwachsen, und er wird darüber hinaus dadurch nahe gelegt, daß auch die Zwangsvorstellungen zumeist periodisch verlaufen. Dazu kommt — für allerdings seltene Fälle — noch hinzu, daß manche Formen der Grübelsucht (s. dort) psychologische Beziehungen zur Ideenflucht besitzen. Aber wenn Stöcker in dem Nörgeln, Querulieren und Kritisieren mancher an Zwangsvorstellungen leidenden Kranken oder darin, daß sie zu Zeiten über ihre törichten Gedanken selbst lachen müssen, „einen manischen Einschlag" erblickt, so erscheint uns das ebenso unbegründet, als wenn er die Depression, die zugestandenermaßen oft vor dem Auftreten der Zwangsgedanken nachgewiesen werden kann, ohne weiteres immer als zirkuläre Verstimmung auffaßt. Der Autor führt ferner das „sich lebhafte Aussprechen mit lebhaftem Mienenspiel und Gesten, das oft ideenflüchtige Abschweifen in den Reden und den oft tage- und stundenweisen Wechsel zwischen gedrückten und freien Zeiten" sowie die erhöhte Ablenkbarkeit durch äußere Sinnenreize an; aber er übersieht, daß die meisten Nervösen überhaupt sich ähnlich verhalten, und daß eine Diagnostik, die jeden für manisch-depressiv hält, der traurig oder

heiter, gehemmt oder erregt, gleichmäßig verstimmt oder aber launisch ist, den Begriff des manisch-depressiven Irreseins mit dem der funktionellen Störungen gleichsetzt. Es wäre sicherlich nicht schwer, ähnliche Beziehungen aller Zwangsvorstellungen auch zur Hysterie nachzuweisen. Untereinander verwandt sind diese Krankheiten eben alle und sie vermischen sich auch nicht selten, aber gerade das Beispiel des manisch-depressiven Irreseins in Kraepelins ursprünglicher Fassung zeigt, daß sich aus diesem flüssigen Geschehen trotzdem bestimmte Typen herausheben, mit denen sich sehr wohl praktische Arbeit leisten läßt. Mit dem modernen Begriff des manisch-depressiven Irreseins in seiner weitesten Fassung ist das meines Erachtens nicht mehr der Fall.

X. Paranoische Erkrankungen[1]).

Allgemeine Abgrenzung der Formen.

Die Frage der paranoischen Erkrankungen ist eine der schwierigsten der klinischen Psychiatrie. Am Ende einer Entwicklung, in der nahezu jede nicht grob organisch bedingte Krankheit wenigstens vorübergehend einmal als Paranoia bezeichnet worden ist, und in der sich deshalb alle Wandlungen unserer allgemeinen klinischen Auffassungen widerspiegeln, müssen wir zugeben, daß wir mit der Mehrzahl der paranoischen Formen systematisch nichts anzufangen wissen. Wir begnügen uns vorläufig, diese Hauptmasse — unter dem gemeinsamen Namen der Paraphrenien — in Gruppen zu ordnen, die sicher so nicht bestehen bleiben werden, und deren jede wahrscheinlich ätiologisch und pathogenetisch verschiedenartige Leiden in sich vereinigt.

Aber einige wichtige Fortschritte sind doch erreicht worden. Zunächst hat sich aus dem Kreise der paranoischen Erkrankungen eine Anzahl von Leiden ausscheiden lassen, bei denen Verfolgungs- und Größenideen nur symptomatisch, gewissermaßen zufällig einmal auftreten können, die aber ihrem Wesen nach anderen Krankheitseinheiten angehören. Die Zahl dieser Fälle ist gerade in letzter Zeit erheblich gewachsen, seitdem wir die paranoisch gefärbten Zustandsbilder der Schizophrenie mit einem ziemlich großen Maß von Sicherheit zu diagnostizieren vermögen. Immerhin besteht in dieser Hinsicht auch heute noch eine gewisse Schwierigkeit. Ursprünglich hatte uns die Erkenntnis, daß manche paranoisch gefärbte Krankheiten den jugendlichen Verblödungsprozessen angehören, — wie fast jeder klinische Fortschritt — eine Strecke über das erreichbare und festzuhaltende Ziel hinaus geführt, so daß manche Autoren nahezu alle paranoischen Patienten unter dem Namen der „Dementia paranoides" der Dementia praecox zurechneten. Dieser Fehler ist durch die Aufstellung der Paraphrenien in der Hauptsache berichtigt worden, nun aber erhebt sich die Frage, ob das Gebiet der Paraphrenien und das der Schizophrenie unmittelbar aneinander stoßen, oder ob noch eine Krankheitsform zwischen beiden Gruppen angenommen werden muß. Für eine verhältnismäßig kleine Anzahl von Fällen ist es zweifelhaft geworden, ob sie der Schizophrenie oder aber einem Verblödungsprozeß sui generis angehören. Die Frage scheint uns im Prinzip dahin entschieden zu sein, daß die Aufstellung einer solchen spezifisch paranoiden Demenz (die im System also ihren Platz zwischen Paraphrenie und Schizophrenie hätte) unerläßlich ist. Jedoch ist die Abgrenzung dieser Form, die wir (mit Kraepelin) Dementia phantastica nennen wollen, nach beiden Seiten hin, sowohl

[1]) Abgeschlossen im Sommer 1916.

manchen Paraphrenien wie einzelnen Dementia praecox-Fällen gegenüber, nicht leicht.

Ähnliche Schwierigkeiten findet — wenigstens bei der Beurteilung mancher Einzelfälle — die Unterscheidung der Paraphrenien von gewissen rein funktionellen Krankheiten, die sich als ganzes aus dem Gesamtgebiet der paranoischen Formen scharf herausheben, und für die wir den Namen Paranoia beibehalten wollen. Diese Paranoia, deren prinzipielle Trennung von den Paraphrenien wir für den zweiten wichtigen Fortschritt der letzten klinischen Arbeiten halten, stellt nach unserer Auffassung keinen Krankheitsprozeß, sondern die Entwicklung einer von vornherein abnormen Persönlichkeit dar, eine auf ein affektbetontes Erlebnis hin einsetzende Verirrung der seelischen Entwicklung (Wilmanns). Ihre Erscheinungen knüpfen dementsprechend an Eigenschaften der normalen Psyche an — so etwa wie es die des manischen und des melancholischen Syndroms auch tun — und sie vermischen sich wie alle funktionellen Symptome nicht selten mit anderen Formen der Psychopathie.

Wir fassen also den Begriff der Paranoia anders als Kraepelin und ziehen im Anschluß an Bonhoeffer, Sieffert, Gaupp, Wilmanns u. a. die Grenze zwischen dem Krankheitsprozess (Paraphrenie) und der psychologisch verständlichen Entwicklung einer psychopathischen Anlage. Unser Begriff der Paranoia ist danach insofern umfassender als der von Kraepelin, als er den Querulantenwahnsinn und manche Haftpsychosen mit einschließt, und er ist andererseits enger, weil wir gewisse Formen noch zur Paraphrenie rechnen, die Kraepelin der Paranoia zuzählt. Wir können in dieser Hinsicht Kraepelin deshalb nicht folgen, weil uns die symptomatologischen Unterscheidungsmerkmale, die er zwischen der Paranoia und der systematisierenden Paraphrenie angibt, nicht in allen Fällen genügend greifbar erscheinen. Auf der anderen Seite ist es gewiß nicht zweckmäßig, die psychologisch motivierten Wahnbildungen paranoider Persönlichkeiten und echte paranoisch gefärbte Krankheitsprozesse auch nur vorläufig zusammenzufassen, und so haben wir die Trennung da vorgenommen, wo der einzige bisher erkennbare Unterschied im Wesen beider Krankheiten zutage tritt.

Das Problem der paranoischen Erkrankungen ist auf diese Weise vereinfacht worden. Nach beiden Seiten sind gewisse Teile abgefallen, die der systematischen Einordnung keine besonderen Schwierigkeiten bereiten. Über die paranoiden Formen der Schizophrenie werden Meinungsverschiedenheiten kaum mehr auftauchen, bis die ganze Frage der Dementia praecox einmal neu orientiert wird, und die chronische Paranoia vom Typus des Querulantenwahnsinns fügt sich dem System von endogenen Erkrankungen, die sich als quantitative Steigerungen normalpsychologischer Anlagen verstehen lassen, ohne weiteres ein. Die Hauptmasse aber ist übrig geblieben, und so decken heute die Namen Paraphrenie und Dementia phantastica das Problem der nächsten Zukunft, zu dessen Lösung übrigens bis jetzt kaum mehr als die ersten Ansätze gemacht worden sind. Es liegen einige Versuche vor, nach ätiologischen Gesichtspunkten Krankheitseinheiten, wie den klimakterischen, den präsenilen, den syphilitischen, den alkoholistischen Verfolgungswahn aufzustellen; aber die Gesamtheit der überhaupt vorkommenden Störungen geht in dieser Teilung noch lange nicht auf, und vorläufig sind wir, zum mindesten neben diesen Versuchen, noch auf den einer rein symptomatologischen Unterscheidung angewiesen. Ob und wieweit sich zwischen beiden Versuchen schon Berührungspunkte ergeben, wollen wir unten sehen.

Um zunächst einen Maßstab für die praktische Bedeutung der einzelnen Formen (und zugleich für die Beurteilung des hier vertretenen systematischen

Standpunktes) zu geben, seien folgende Zahlen mitgeteilt. Kraepelin gibt an, 40 % aller paranoisch beginnenden Krankheiten gehörten der Dementia praecox, etwas mehr der Paraphrenie an, während der Rest als Paranoia angesehen werden dürfte. Mein eigenes Material (Rostock-Gehlsheim) verteilt sich ähnlich. Von 76 Fällen waren 32 (oder 42%) Schizophrene, 3 oder (3,9%) Paranoiker, 24 (oder 31%) Paraphrene, 11 (oder 14,5%) wurden der Dementia phantastica zugezählt. Rechnet man, um den Vergleich mit den Zahlen Kraepelins zu ermöglichen, wie dieser die Fälle von Paraphrenie und Dementia phantastica zusammen, so ergeben sich 35 Fälle oder 45% Paraphrene, was Kraepelins Daten entsprechen würde. 9 (oder 11,8%) unserer Paraphrenien sind wir übrigens geneigt, als Involutions- bzw. senile Psychosen aufzufassen.

Paranoia.

Wir beginnen mit der chronischen Paranoia. Bei ihr entwickelt sich ein Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln ohne die Mitwirkung ausgesprochener Sinnestäuschungen als die psychologisch verständliche Reaktion gewisser (psychopathischer) Anlagen auf irgendwelche Schädlichkeiten des Lebens. Bei Erörterung der überwertigen und Wahnideen im allgemeinen Teil haben wir von paranoiden Persönlichkeiten gesprochen, die jeder im täglichen Leben beobachten kann, und die durchaus nicht krank zu werden brauchen, wenn das Schicksal es gut mit ihnen meint. Treten diesen Menschen aber größere Schwierigkeiten in den Weg, haben sie viel Reibungen mit Vorgesetzten, Untergebenen, Hausbewohnern, Familienangehörigen oder gar mit Behörden, so entstehen aus der mißtrauischen Gesamtauffassung, aus dem erhöhten Selbstbewußtsein, der Reizbarkeit, Leidenschaftlichkeit, Empfindlichkeit, die sie fast immer auszeichnen, gewisse überwertige Vorstellungen (Beziehungsideen) und aus diesen schließlich ein Wahn. Das Kräfteverhältnis zwischen Anlage und Reiz ist dabei individuell verschieden. Ist die Anlage gering, so bedarf es starker Schädlichkeiten — ich habe früher auf S. 168 einen Fall von Querulantenwahn mitgeteilt, in dem die krankhafte Entwicklung durch eine besonders ungünstige Verkettung von Umständen auch besonnenen Menschen verständlich wird, — und ist die Anlage stark, so lassen sich kaum Verhältnisse ausdenken, in denen sie nicht Stoff zu Reibungen finden könnte. Menschen dieser Art werden unter den gewöhnlichen Umständen des Lebens paranoisch; die einfachsten Beziehungen, mögen sie geschäftlicher, amtlicher oder rein persönlicher Art sein, geben ihrem Mißtrauen Nahrung.

Übrigens wäre es ein Irrtum, wollte man auf Grund einer lehrbuchmäßigen Darstellung, die natürlich immer etwas schematisch sein muß, bloß eine, sich stets gleich bleibende, paranoide Anlage annehmen. Wie im ganzen Gebiet der endogenen Formen existieren hier nur gewisse Grundtypen, die uns als Marksteine bei dem Versuch einer Orientierung dienen können; beim Vergleich mehrerer Individualitäten stellen sich große Unterschiede heraus. Schon bei gesunden Menschen setzt sich das Mißtrauen aus verschiedenen psychologischen Elementen intellektueller und affektiver Herkunft zusammen. Bei manchen verhindert gerade das Selbstbewußtsein mißtrauische Auffassungen lange Zeit, weil mit der Möglichkeit mangelnder Anerkennung gar nicht gerechnet wird. Bleibt aber diese Anerkennung endgültig aus, so entsteht eben dadurch eine gewisse Unsicherheit, die bei anderen Naturen von vornherein mit angelegt

war. Vielleicht der häufigste Typus, dem wir begegnen, geht aus einer Mischung von Selbstbewußtsein und Schüchternheit, von großen Erwartungen und zaghaftem Auftreten hervor — das ist die Formel, die zu paranoischen Wahnbildungen am meisten disponiert.

Specht hat mit Recht darauf hingewiesen, daß in dieser Hinsicht auch bestimmte Berufe eine besondere Gefahr mit sich bringen; er erinnert an die Volksschullehrer, bei denen sich eine hohe Spannung des Selbstgefühls mit ungenügender äußerer Anerkennung zu verbinden pflegt. Ebenso hat Cramer einmal auf paranoische Auffassungen aufmerksam gemacht, die sich bei älter werdenden Assistenten, man könnte wohl allgemeiner sagen, die sich überhaupt bei Menschen entwickeln, die allzu lange und entgegen der eigenen Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit in abhängiger Stellung bleiben müssen.

Derartige Fälle haben die Frage der abortiven Wahnformen aufwerfen lassen. Es besteht kein Zweifel, daß unter besonders ungünstigen äußeren Verhältnissen bei mäßig disponierten Personen vorübergehend mißtrauische Auffassungen entstehen können, die nach Beseitigung der Schädlichkeit abblassen, wenn sie auch nicht berichtigt werden. Zuweilen kommt es gar nicht zu eigentlichen Wahnideen, es bleibt bei überwertigen Vorstellungen, denen gegenüber immer eine halbe Einsicht besteht, die aber doch das Denken und zuweilen auch das Handeln der Kranken beeinflussen.

An diesem Punkte wird auch die Beziehung zwischen paranoider Anlage und konstitutioneller Nervosität durchsichtig. Nervös erschöpfte Menschen pflegen reizbarer und empfindlicher zu sein als andere und deshalb zum Argwohn und zu wirklichen Zusammenstößen zu neigen. Nach einiger Zeit der Ruhe werden sie besonnener, und die mißtrauischen Gedanken, die sich häufig mit hypochondrischen Befürchtungen oder gar mit hysterischen Charakterzügen verbinden, treten zurück — übrigens wieder ohne daß es immer zur völligen Einsicht für die Erlebnisse während der Verstimmung zu kommen braucht. Ob man in solchen rudimentären Fällen, auf die Friedmann und Gaupp besonders hingewiesen haben, und die garnicht ganz selten sind, den Beweis für das Vorkommen einer abortiven und heilbaren Paranoia erblicken will oder nicht, wird von der Definition dieser Krankheit abhängen. Wer den Begriff der Paranoia vom Auftreten wirklicher, unkorrigierbarer Wahnideen abhängig macht[1]), wird kaum Anlaß finden, ihn auf diese Beobachtungen anzuwenden; denn in ihnen bleibt es fast immer bei bloßen überwertigen Ideen, an deren Inhalt der Kranke doch nur halb glaubt. Ist es dagegen — in den reinen typischen Fällen — wirklich schon zu ausgesprochenen Wahnideen gekommen, so werden sie fast immer fest gehalten und systematisch ausgebaut. Auch das hat tiefere psychologische Ursachen; denn gewöhnlich begibt sich der Kranke mit der Konzeption der ersten Wahnidee in einen Circulus vitiosus, der ihn von nun an rettungslos einschließt.

Der häufigste und wichtigste Typus der chronischen Paranoia, der Querulantenwahnsinn, macht diese Entwicklung besonders anschaulich. Ein kleines Unrecht, das dem Kranken vor Gericht wirklich begegnet ist, oder

[1]) Damit erledigt sich auch die in der forensischen Literatur viel behandelte Frage der Pseudoquerulanten. Das sind Querulanten, bei denen es zu fixierten Wahnideen nicht kommt, und die somit den Übergang vom gesunden zum ausgesprochen geisteskranken Prozeßkrämer bilden.



das er in Unkenntnis der komplizierten modernen Gerichtsverfassung voraussetzt, erfüllt ihn mit der überwertigen Idee, überhaupt rechtlich beeinträchtigt worden zu sein. Nun sucht er nach Beweisen für die üble Gesinnung der Behörden, die er vermutet, und verliert in dem Affekt, in den er gerät, den Maßstab für die Bewertung seiner eigenen und der allgemeinen Rechtsinteressen. Wichtige persönliche Interessen werden ja beim Querulanten immer verletzt; er selbst sorgt dafür, weil er einen längst abgelehnten Anspruch weiter verfolgt, Prozesse anstrengt, Schritte beim Reichsgericht, beim Ministerium, beim Reichstag, beim Kaiser unternimmt, die erfolglos bleiben müssen. Je mehr er sich in seine Ideen verrennt, um so mehr Anlässe zur Unzufriedenheit und zum Mißtrauen schafft er sich selbst. Natürlich werden die Antworten der Behörden im Laufe eines solchen Kampfes nicht verbindlicher; das Vermögen des Patienten schmilzt durch die Prozesse zusammen, hier und da lehnt ein Rechtsanwalt einen aussichtslosen Prozeß von vornherein ab, und wenn schließlich gar erst der Geisteszustand des Querulanten in Zweifel gezogen und er selbst sechs Wochen in einer Irrenanstalt beobachtet wird, so liegt für ihn der Gedanke sehr nahe, daß man ihn auf jede Weise unschädlich machen und vernichten wolle. Von nun an bleibt es nirgends bei überwertigen Ideen: der Querulant sieht ja seiner Meinung nach ganz klar, daß die Behörden das einmal geschehene Unrecht nicht gut machen *wollen*, und so führt jeder neue Mißerfolg auch zu neuen Wahnvorstellungen.

Charakteristisch ist aber, daß sich der Wahn auf diesen Kreis von Vorstellungen fast immer beschränkt. Alles, was irgend wie, wenn auch auf großen Umwegen, mit dem Rechtsstreit zusammengebracht werden kann, wird in das System eingeordnet; denn der Kranke denkt im wesentlichen überhaupt nur an seinen Wahn — ein Richter hat den gleichen Namen wie ein persönlicher Feind, also ist er mit ihm verwandt und so voreingenommen; der Gerichtspräsident wird versetzt, weil er als einziger dem Kranken noch wohl gesinnt war; die Wohnung wird ihm gekündigt, weil der Hausbesitzer es mit seinen einflußreichen Feinden nicht verderben möchte, — aber stets bleiben die Fäden erkennbar, die von einer Vorstellung zur anderen hinüber führen, und stets ist der einzelne Gedanke an und für sich möglich. Werden ganz neue Vorstellungskreise angeschnitten und Verfolgungs- und Größenideen entwickelt, die sich von dem ursprünglichen kleinen Anlaß der krankhaften Entwicklung nicht ableiten lassen, so ist die Diagnose Paranoia höchst unwahrscheinlich.

Mit dieser Eigentümlichkeit des paranoischen Wahns hängt die Erfahrung zusammen, daß die Kranken so häufig von Laien und psychiatrisch nicht geschulten Ärzten für gesund erklärt werden. Außerhalb ihres Wahnsystems erscheint ihr Denken, Fühlen und Wollen normal, und wer ihre krankhaften Voraussetzungen als Tatsachen hinnimmt, wird auch den Wahn selbst als solchen nicht erkennen können; denn in sich ist er klar und logisch gegliedert. Die Intelligenz und die geistige Energie sind häufig ausgezeichnet, und alle grob sichtbaren und handgreiflichen Merkmale des Irreseins fehlen regelmäßig.

Auch *Sinnestäuschungen* sprechen gegen die Diagnose Paranoia. Natürlich kommt es bei Querulanten wie bei gesunden Menschen zu gewissen illusionären Verkennungen und zur wahnhaften Deutung wirklicher Beobachtungen — der Staatsanwalt hat vor der Verhandlung mit dem Verteidiger getuschelt, die Richter haben während der Sitzung geflüstert, der Vorsitzende

hat eigentümlich gelächelt und einem Zeugen ein Zeichen gemacht, der Gegenanwalt einen anderen auf dem Korridor bedroht oder durch einen Händedruck bestochen —, aber wirkliche Halluzinationen treten in der Regel (vgl. unten) nicht auf.

Um so häufiger sind Erinnerungstäuschungen. Gerade Querulanten bieten die besten Beispiele dafür, wie tiefgreifend das Gedächtnis bei sonst besonnenen Menschen lediglich durch die Wirkung stark affektbetonter, überwertiger Vorstellungen umgestaltet werden kann. Protokolle, die der Kranke selbst vor Jahren unterzeichnet hat, sind nachträglich gefälscht, Vorgänge, die er einst ausführlich beschrieben hat, sind von den Gegnern frei erfunden worden, und andere, die er jetzt entgegen seiner eigenen, früheren Darstellung behauptet, werden von ihnen aus Niedertracht abgestritten.

Neben dieser Neigung zu Pseudoreminiszenzen tritt in vielen Fällen eine große Leichtgläubigkeit zutage, die um so auffallender ist, als die Kranken außerhalb dieses Gedankenkreises durchaus kritisch und vorsichtig zu sein pflegen. Die meisten Querulanten, wie alle echten Paranoiker überhaupt, versammeln eine kleine Gemeinde um sich, und wenn sie auch nur aus den nächsten Familienangehörigen besteht, die an die Richtigkeit ihrer Ideen glauben und sie bei der Sammlung des Beweismaterials unterstützen. Namentlich die Ehefrauen pflegen in dieser Beziehung großen Eifer und eine dementsprechende Urteilslosigkeit zu bekunden, und alles, was sie dem Kranken zutragen, wird von diesem geglaubt.

Die ergiebigste Quelle für die Entstehung der Wahnideen bleibt aber die Besonderheit des Denkens und Fühlens, die „Verrückung des Standpunktes“, die den Patienten unfähig macht, seine eigenen Interessen gegen die anderer Menschen oder des Staates richtig abzuwägen. Immer wieder erstaunlich ist das Mißverhältnis zwischen der Empfindlichkeit der Kranken kleinsten Unfreundlichkeiten gegenüber und der Naivität, mit der sie selbst die schwersten Beleidigungen nach allen Seiten um sich streuen. Hier fehlt ihnen jedes Verständnis, und höchstens geben sie zu, daß solche Beschimpfungen an und für sich nicht erlaubt, aber durch das ihnen widerfahrene Unrecht überreichlich gerechtfertigt seien.

Zu einem eigentlichen Größenwahn kommt es bei Querulanten selten. Ihr Selbstbewußtsein ist fast immer erhöht, und auf ihre meist große formale Gewandtheit und auf die Beherrschung der einschlägigen Gesetzesbestimmungen tun sie sich viel zugute. Auch liegt natürlich in der Annahme, daß weite Kreise von Richtern und anderen Beamten sich verschworen haben, um den Kranken zu verfolgen, schon eine gewisse Selbstüberschätzung, aber dabei pflegt es auch fast immer zu bleiben. Höchstens wird die Idee, das eigene Recht verteidigen zu müssen, zu der Überzeugung erweitert, der geknechteten Justiz überhaupt aufhelfen zu sollen, und so werden manche Querulanten zu gesuchten Winkeladvokaten, die dem Publikum durch ihr Selbstbewußtsein und durch ihre dialektische Sicherheit imponieren.

Diejenigen Fälle von chronischer Paranoia, die nicht wie die des Querulantenwahns von einem Rechtsstreit ausgehen, sind naturgemäß weniger einheitlich und lassen sich deshalb weniger schematisch darstellen. Auch hier schließt sich der Wahn fast immer an nachweisliche äußere Zusammenstöße an. Konflikte mit dem Hauswirt oder mit den Mietern, eine unglückliche Ehe

(Eifersuchtsideen!), Mißhelligkeiten zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Geschwistern, und noch öfter schwierige dienstliche Beziehungen (siehe oben) sind häufige Anlässe einer solchen krankhaften Entwicklung. Mehrfach habe ich bei selbstbewußten und zugleich empfindlichen Offizieren einen Wahn als Reaktion auf die Geschlossenheit des militärischen Systems eintreten sehen, das eine Berufung gegen eine einmal erfolgte Verabschiedung, Bestrafung u. dgl. von vornherein ausschließt. Was Tausende als ein hartes und vielleicht unverdientes Schicksal hinnehmen, läßt paranoid veranlagte Personen geisteskrank werden. Diese Fälle zeigen zugleich, daß die Unterschiede dem eigentlichen Querulantenwahnsinn gegenüber rein äußerlich sind; denn es ist natürlich kaum mehr als ein Zufall, ob ein solcher Kranker irgend einen Anlaß findet, einen Prozeß gegen einen früheren Vorgesetzten oder einen Untergebenen anzustrengen. Ähnlich steht es mit gewissen Unfallspatienten, bei denen nicht die hypochondrische, neurasthenische oder hysterische, sondern die querulatorische Tendenz das Bild beherrscht.

Einer Form mag ihres psychologischen Interesses und ihrer relativen Häufigkeit wegen noch besonders gedacht werden, das ist die, in der hypochondrische Befürchtungen allmählich zu paranoischen Auffassungen umgestaltet werden. Auch diese Entwicklung knüpft an alltägliche Vorkommnisse an; denn Menschen, die das natürliche Fortschreiten eines chronischen Leidens den angeblich unzweckmäßigen Maßnahmen eines Arztes zur Last legen, finden sich auch unter Geistesgesunden recht häufig. Noch häufiger verbinden sich (aus innerer Ursache) organisch nicht bedingte, hypochondrische Beschwerden mit paranoiden Neigungen, und so ist ein besonderer Typus des verfolgten Verfolgers der des eingebildeten Kranken, dessen Haß gegen den angeblich schuldigen Arzt sich eines Tages in einem Attentat Luft macht. Im ganzen findet sich aber diese Form auf dem Gebiete der Paraphrenie und namentlich auf dem der Schizophrenie häufiger als bei der echten Paranoia.

In den zuletzt besprochenen Fällen liegt bereits eine Mischung von paranoiden mit anderen psychopathischen Zügen vor, deren verhältnismäßig häufiges Vorkommen schon in der Einleitung dieses Abschnittes angedeutet wurde. Auch ausgesprochen hysterische Erscheinungen finden wir in der Vergangenheit von Querulanten und anderen Paranoikern ziemlich oft, und darauf beruht es wohl, daß die Regel, echte Sinnestäuschungen kämen bei der Paranoia nicht vor, gelegentlich scheinbar durchbrochen wird. Zuweilen berichten Kranke, die hierher zu rechnen wir sonst Grund haben, über visionäre Erscheinungen in der Nacht, die kaum anders als hysterische Phantasievorstellungen aufgefaßt werden können. Heilbronner hat übrigens auch bei einem echten Querulanten eine hysterische Vergangenheit aufdecken können, und rudimentäre querulatorische Ideen sieht man bei unzweifelhaften Hysterien gar nicht ganz selten; hier scheint dann das Querulieren die Form zu sein, durch die das hysterische Individuum sein Leben aufregender, interessanter zu gestalten sucht.

Die Beziehungen der Paranoia zur Hysterie sind deshalb wichtig, weil sie uns die allmählichen Übergänge verständlich machen, die zwischen chronischer Paranoia auf der einen und manchen Haftpsychosen (s. u.), insbesondere den wahnhaften Einbildungen der Degenerierten, auf der anderen Seite unzweifelhaft bestehen. In ausgesprochenen Fällen der letzten Kategorie überwiegt die hysterische Komponente über die paranoide, während in denen,

von denen wir bisher sprachen, das hysterische Moment gegen das paranoische zurücktrat. Ebenso wie manche Untersuchungsgefangene gehören aber auch viele wahnhafte Erfinder, Entdecker, Weltverbesserer, Sektengründer, Heilige, Propheten in das Grenzgebiet zwischen Paranoia und Hysterie. Die meisten fallen früh durch ihr aufgeregtes oder verträumtes Wesen, ihren Aberglauben und durch die Neigung zu Wachträumereien auf. So erfüllen sie sich ihre Wünsche in einer krankhaft gesteigerten Phantasie, halten dann aber an den pseudologistischen Erfindungen mit größerer Zähigkeit fest als die meisten Psychopathen dieser Art und treten damit nach außen hervor, anstatt sie in sich selber zu verschließen. Auf diese Weise können sie wirklich den Eindruck eines festgefügten Wahnsystems hervorrufen. Die besondere Suggestibilität ihrer Ideen, die Neigung zu ekstatischen, visionären Zuständen sowie endlich das Überwiegen der Größen- über die Verfolgungsideen heben aber diese Gruppe immer als eine besondere heraus. Diese Fälle sind es übrigens auch, in denen sich die Entwickelung der Wahnideen zuweilen in einer verhältnismäßig kleinen Zeitspanne abspielt. Oft scheinen dabei leichte Bewußtseinstrübungen mitzuwirken.

Recht innig sind, wie wir früher hervorgehoben haben, die Beziehungen der Paranoia zum manisch-depressiven Irresein. Wir hörten schon, daß Specht im Querulantenwahn grundsätzlich eine besondere Form von chronischer Manie erblicken will, und haben diesem Autor zugegeben, daß auch der Querulantenwahn gelegentlich in Schüben verläuft, und daß viele Prozeßkrämer Züge erkennen lassen, die uns aus dem Symptomenbilde der chronischen Manie geläufig sind. Zuweilen sieht man auch eigentlich periodische Schwankungen bei Querulanten auftreten; ich selbst habe einen gekannt, der durch Jahre hindurch in einem ausgesprochenen Depressionszustand mit Hemmung und Versündigungsideen an seinem Verfolgungssystem festhielt, und neuerdings hat Seelert aus Bonhoeffers Klinik einen Fall paranoischer Wahnbildung bei einem Manisch-depressiven beschrieben. Trotzdem scheint es uns unmöglich, die Paranoia im manisch-depressiven Irresein ganz aufgehen zu lassen. Auch die manischen Querulanten sind eben doch anders, als chronische Maniaci sonst zu sein pflegen; denn diese kommen wohl in Konflikte, aber sie verfolgen sie nicht so hartnäckig, und sie überschätzen sich selbst, ohne deshalb ein dauerndes paranoisches System auszubilden. Der wirkliche Zusammenhang ist vielmehr wohl der, daß weder die paranoische noch die manisch-depressive Anlage absolut geschlossene und stets gleichbleibende Typen darstellen, sondern daß es sich hier um Varianten der normalen psychischen Struktur handelt, die sich gelegentlich auch vermischen und durchflechten können. Insofern würde die Verbindung von chronischer Manie und Querulantenwahnsinn nicht anders beurteilt werden dürfen als das Auftreten von hysterischen und speziell pseudologistischen Zügen bei Paranoikern auch.

Daß die Paranoia wie alle funktionellen Krankheiten, wenn man ihre letzten und feinsten Ausläufer verfolgt, schließlich in das Gebiet der Psychopathie übergeht, versteht sich nach dem bisher Gesagten beinahe von selbst. Hervorgehoben muß aber werden, daß es innerhalb dieser Grenzzustände nicht bloß ein Typus ist, der Beziehungen zur Paranoia besitzt. Oben war von mißtrauischen, selbstbewußten Naturen die Rede, die hier in Betracht kommen; ihnen schließen sich die reizbaren, gewalttätigen Temperamente ohne Übergang an; außer ihnen können aber auch gewisse abergläubische, willensschwache

oder verschrobene Psychopathen recht große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten, obwohl sie aus ganz anderem Holze geschnitzt sind als die Querulanten z. B. Die abergläubische Formel gibt natürlich am häufigsten zu religiösen Ideen im Sinne der Religionsstifter, des Prophetentums usf. Anlaß. Daß urteils- und willensschwache Menschen wahnhafte Auffassungen leichter konzipieren, ist psychologisch verständlich. Wichtig ist endlich auch die Kenntnis gewisser Persönlichkeiten, die nicht immer selbstbewußt, nicht ehrgeizig, nicht mißtrauisch, nicht abergläubisch und auch nicht unbegabt sind, und bei denen doch wenigstens in abortiver Form Gedanken auftreten, die zunächst ganz paranoisch aussehen. Das sind die Menschen, die Kraepelin unter der Bezeichnung „verschroben" zusammenfaßt, und die vor allem eine eigentümlich „verquere" Art zu denken vor gesunden Menschen auszeichnet. Sie sind nicht ganz selten, und wo sie einer hinreichenden Nachsicht begegnen, können sie sich in manchen Berufen leidlich halten. Unmöglich wird ihnen nur eine breite Berührung mit anderen Menschen; man darf sie nicht ansehen, nicht laut mit ihnen sprechen; ich kenne einen Irrenarzt, der mit seinen Kranken nur aus $1^1/_2$ m Entfernung verhandelt; die Wohnung bleibt stets fest verschlossen und wird nur nach einem ganzen Zeremoniell oder gar nicht geöffnet. Die Sprache ist eigentümlich gesucht, „verschroben". Manche Patienten üben eine peinliche Sauberkeit, andere verkommen im Schmutz; ein Arzt trägt im Sommer Pelzkappen, im Winter Strohhüte. In allen Lebenslagen tun die Kranken etwas Überraschendes. Wenn es aber überhaupt gelingt, sie zu einer Erklärung ihres Verhaltens zu bewegen, so wissen sie ihre Absonderlichkeiten zunächst ganz einleuchtend zu begründen. Nur findet sich in ihrer Beweiskette stets irgend ein fehlerhaftes Glied; gemessen an den allgemeinen Lebensanschauungen wird irgend ein Gesichtspunkt zu stark von Gefühlen betont. — Schon aus dieser kurzen Skizze geht hervor, daß bei einem Teil dieser Kranken Zwangsvorstellungen eine Rolle spielen; bei allen ist die Unterscheidung von der Schizophrenie schwierig. Zuweilen kann aber, wenn sich Mißtrauen und Selbstbewußtsein mit der Verschrobenheit verbinden, auch eine wirkliche Paranoia vorgetäuscht werden.

Was die Differentialdiagnose der Paranoia sonst angeht, so wird die Unterscheidung von der Paraphrenie, so weit sie nicht durch die Definition gegeben ist, aus dem Vergleich beider Darstellungen ohne weiteres hervorgehen. Der Hauptnachdruck ist stets auf den psychologischen Zusammenhang im Denken des Paranoikers zu legen, das dem Gesunden unter der bloßen Annahme gewisser, nicht zutreffender Voraussetzungen immer verständlich bleibt.

Noch mehr fällt dieser Gesichtspunkt natürlich bei der Differentialdiagnose der Dementia praecox gegenüber ins Gewicht. Schizophrene sind niemals in dem Maße geschlossene, psychologisch verständliche und natürliche Persönlichkeiten wie echte Paranoiker. Ihr Wahnsystem ist nicht so abgerundet und durchdacht und auch niemals so völlig mit dem Ich verschmolzen.

Zum Schluß seien einige Beispiele von chronischer Paranoia mitgeteilt. Auf einen Fall von Querulantenwahnsinn haben wir dabei verzichtet; die Beispiele, die wir an dieser wie an früherer Stelle im Text mitgeteilt haben, mögen genügen. An der Grenze zwischen Querulantenwahnsinn und anderen Paranoia-Formen steht das Beispiel 1.

geb. 1876, Bahnwärter.

Gewalttätig, leicht erregbar, rechthaberisch und streitsüchtig von jeher. 1903 wegen Körperverletzung bestraft. Personalakten bestehen in der Hauptsache aus umfangreichen Beschwerdeschriften gegen Vorgesetzte und Kameraden, stets unbegründet. Leidet an funktionellen Schwindelanfällen und sonstigen nervösen Störungen. Behauptet seit Jahren durch böswillige Nachreden von Kameraden und Verleumdungen und durch ungerechtfertigte Disziplinarstrafen erregt und in seiner Gesundheit geschädigt zu werden. Es sei eine ausgemachte Sache, daß die Eisenbahndirektion ihn los werden wolle, immer habe er Unrecht bekommen, die Zeugen hätten die Unwahrheit gesagt. Auch sein Privatleben werde durchstöbert, um Gründe zur Entlassung zu finden. Seine Versetzung von X nach Y sei eine Niedertracht gewesen, man habe sie gerade dann angeordnet, als seine Frau ins Wochenbett gekommen sei. Auch seine unglückliche Ehe sei möglicherweise auf Beeinflussung der Frau zurückzuführen. Der Aufenthalt in der Klinik hätte nur den Zweck, ihn zu beseitigen, nebenbei sei es eine Gemeinheit, ihn in der dritten anstatt in der zweiten Klasse zu verpflegen. Er wisse aber, was er zu tun habe und werde sich selbst zu helfen wissen.

Eine chronische Paranoia, die wir bis zum Hinzutreten ausgesprochen seniler Erscheinungen haben verfolgen können, stellt das Beispiel 2 dar.

Beispiel 2. Geb. 1834. Gymnasiallehrer. Chronische Paranoia und senile Demenz. Erste paranoiasche Ideen schon seit 1865 gleich nach Hochzeit. Behauptete im Anschluß an seine Versetzung seiner Frau gegenüber, durch hohen Vorgesetzten, dessen Tochter er eigentlich hätte heiraten sollen, im Dienst geschädigt zu werden. Machte gleichzeitig der Frau sehr bald Vorwürfe, daß ihre Eltern ihn zu dieser Heirat bestimmt hätten, fühlte sich seitdem überall im Dienst zurückgesetzt und behauptete zu größerem berufen zu sein. Stets sehr selbstbewußt im Umgang mit Vorgesetzten und Untergebenen, viele Schwierigkeiten im Verkehr mit Schülern. Schon 1875 Idee, verfolgt und bestohlen zu werden, es wären ihm wertvolle Manuskripte weggenommen usf. (P. ist bekannter Dichter). In den 80er Jahren Vergiftungsideen, die sich hauptsächlich auch gegen die eigene Frau richteten. Damals längerer Aufenthalt in Irrenanstalt. Beruhigte sich äußerlich, hat aber Idee niemals aufgegeben. Seit 1900 Zunahme der Vergiftungsideen, viel Streitigkeiten mit Vorgesetzten, unerträgliche Tyrannei im Hause, 1903 Pensionierung, in den letzten Jahren sichere Gehörstäuschungen, hört flüstern, über sich reden, in letzter Zeit auch Verwirrtsheitszustände, verkennt Umgebung, unterhält sich mit den Gesandten des Großherzogs, mit dem König von Rumänien, fühlt sich von allen Seiten angegriffen usf. Tod 1915.

Beispiel 3. Ein sehr typischer Fall ist endlich der des Lehrers Wagner, den Gaupp ausführlich analysiert hat.

Wagner hat seinerzeit großes Aufsehen dadurch erregt, daß er, im Alter von 39 Jahren, die Angehörigen seiner eigenen Familie und die Einwohner eines ganzen Dorfes zu ermorden versuchte und in der Tat mehrere tötete. Vorher hatte er stets als ein ruhiger, besonnener, bescheidener und tüchtiger Mensch gegolten. Bei der Untersuchung des intelligenten Kranken stellte sich heraus, daß er seine Familie aus Mitleid, die Dorfbewohner aus Haß hatte umbringen wollen. Er war Onanist und hatte 12 Jahre vor der Tat unter Alkoholwirkung gelegentlich Sodomie getrieben. Obwohl niemand von diesen Verfehlungen etwas ahnte, hatte er sich eingebildet, jedermann sehe ihn darauf an. Diese Beziehungsideen hatten sich allmählich zu ausgesprochenen Verfolgungsgedanken verdichtet; wirkliche Sinnestäuschungen scheinen nicht aufgetreten zu sein. Vorübergehende Beruhigung brachte die Versetzung in eine andere Stelle. Nach einiger Zeit wurden auch hier Wahrnehmungen im Sinne der Verfolgung gemacht. Größenideen — Christus-Parallelen — hatten sich sekundär entwickelt. In einer dreibändigen Biographie hatte der Kranke seine ganze Psychose geschildert.

Paraphrenien.

Hinsichtlich der Paraphrenien geben wir zunächst eine symptomatologische Darstellung, die sich an Kraepelin anschließt und mit diesem zwischen einer

systematisierenden, einer expansiven und einer konfabulierenden Form unterscheidet.

Systematisierende Form.

Die Paraphrenia systematica, die bei Männern etwas häufiger ist als bei Frauen und zumeist im 3. bis 4. Jahrzehnt beginnt, definiert Kraepelin als die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahns mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit. Die Kranken werden allmählich still, scheu, bald träumerisch versunken, bald mißtrauisch finster, manche klagen über Angst, Unruhe, Beklemmungen, andere beginnen mit ausgesprochenen Kleinheits-, viele mit Eifersuchtsideen. Zumeist ziehen sie sich schon in diesem Stadium zurück, führen sonderbare Reden, begehen schrullenhafte Handlungen. Dann folgt ein Stadium deutlichen Beziehungswahns; die Hausgenossen flüstern und tuscheln, überall werden unfreundliche Bemerkungen gemacht, an jedem Bahnhof steht ein Geheimpolizist, man spuckt aus, wenn man den Kranken sieht, verläßt das Lokal, wenn er kommt. Ein Kranker Kraepelins betrachtete einen zerbrochenen Zylinder sowie die Verleihung der Militärmedaille als eine absichtliche Verhöhnung; eine meiner Patientinnen behauptete, sie könne ein Buch aufschlagen, welches sie wolle, immer käme das Wort „verrückt" darin vor. Noch merkwürdiger ist die Beobachtung, die wieder ein Kranker Kraepelins gemacht haben wollte, daß sich nämlich stets alle Mitreisenden in der Form des großen Bären gruppierten.

Inzwischen haben sich einzelne Wahnideen fixiert. Diese werden nun zu einem System ausgebaut: die Freimaurer, die Juden, das Zentrum, die Sozialdemokratie verfolgen den Kranken, er wird überall verleumdet, um ihn aus seiner Stellung zu bringen. Die Frau hat Mörder gedungen und alle Behörden gegen ihn aufgestachelt. Er wird als Spion verdächtigt, mit elektrischen Strömen, die aus der Erde dringen, bearbeitet, von den Strümpfen aus durch aufsteigende Gifte geschädigt; ein Kranker arbeitete durch Jahre nur mit hölzernen Geräten im Garten, weil die eisernen die Elektrizität anzögen und leiteten. Man will ihm die Geschlechtsehre rauben, ihn geschlechtskrank machen, man verdächtigt ihn, zu seiner Mutter in Beziehungen zu stehen, die Polizei steckt dahinter, die einen Glaser für diese Klatscherei gedungen hat. In der Klinik werden diese Verfolgungen fortgesetzt, die Wärter sind beauftragt, den Patienten auf alle Weise zu schikanieren.

Zuweilen unternehmen die Kranken weite Reisen, um ihren Verfolgern zu entgehen, wechseln häufig die Stellung. Als Beispiel mag ein Gehlsheimer Patient, ein früherer Student der Jurisprudenz, dienen, der zu Fuß nach Königsberg wanderte, weil ihn Krupps „atomistische" Geschütze dort nicht erreichen könnten. Sein System war folgendes:

Bei Krupp in Essen besteht eine Abteilung unter Leitung von Leuten, die einen vorzeitigen Zustand haben, d. h. die künftigen Ereignisse schon einige Zeit vorher erleben. Diese Leute bewerfen ihre Mitmenschen, wie den Patienten selbst aus atomistischen, auf ein Ziel gerichteten Apparaten, von denen die gefährlichsten mit Dynamit gefüllt sind. Geschoße durchdringen Wände, Kleider und Haut, ohne merkliche Spuren zu hinterlassen, beschädigen aber alle inneren Organe schwer. Um stets ihres Amtes walten zu können, haben sich die Kruppschen Beamten voll Blut gesogen, so daß die Verdauung ausgeschaltet ist. Zur Bestrafung konnte es nicht kommen, da man den Nachweis nicht führen könne, daß die Apparate auf bestimmte Menschen gerichtet seien. Grund für das Vorgehen Krupps

sei eine Unterstützung physikalischer Gesetze. Die Erde dürfe, um ihre Umdrehungsgeschwindigkeit zu behalten nicht allzu sehr mit den sich stets vermehrenden Menschen belastet sein. Die Bevölkerung müsse also reduziert werden.

In Königsberg bis Mai 1916 im wesentlichen unverändert, lächelt überlegen, wenn andere Patienten über Körperschmerzen klagen, das läge an den Kruppgeschützen. Im Zuge würde man so gut wie gar nicht belästigt, weil die Entfernung so schnell wechselt. Krupp hat ihm mit Hilfe von Dynamit die untere Wand seines Magens weggenommen. Erklärt Wiederauftreten der Belästigungen durch eine neue Konstruktion von Kruppschen Maschinen. — Ruhig, äußerlich geordnet.

In allen Fällen treten später zu den Verfolgungsideen auch Größenvorstellungen. Der zuletzt erwähnte Kranke war Präsident einer geheimen Gesellschaft, die sämtliche ärztliche Angelegenheiten zu beaufsichtigen hatte und mit der genialen Erfindung des Menschaufbaues beauftragt war, und besaß als solcher den Rang eines Ministerpräsidenten. Andere sprechen von großen Plänen auf industriellem, kaufmännischem, künstlerischem Gebiet, die sie ausführen wollen. Die meisten stehen mit hohen Persönlichkeiten in Verbindung oder suchen diese wenigstens unter ihren Verfolgern, manche haben eine göttliche Mission, sind berufen, erleuchtet usf.

Ehe es soweit kommt, sind immer schon Sinnestäuschungen aufgetreten. Am häufigsten sind Gehörshalluzinationen; Geräusche machen den Kranken schlaflos, unter dem Boden wird geklopft, am Fenster geklirrt. Stimmen treten auf, die ihn beschimpfen; man weiß alles, spricht alle Gedanken nach, droht; die Kranke soll schlecht gemacht, geschlachtet, im Steintrog eingesperrt, in einen Regenwurm verwandelt werden. Sie soll zugeben, daß sie Millionen gestohlen habe, soll ihren Herrgott verleugnen.

Gesichtstäuschungen sind seltener. Manche Kranke sehen Teufel, Schlangen und Feuer im Saal. Dazu kommen andere Täuschungen; das Essen schmeckt nach Blut oder nach Gift, das Brot ist mit Brom-Natrium versetzt; aus der Waschküche steigt Zigarrenrauch auf, um den Kranken zu räuchern, er wird mit einer Säure angespritzt, geschlechtlich gereizt, mißbraucht.

Das äußere Verhalten wechselt entsprechend der Entwicklung des Wahns, die Stimmung ist im Anfang häufig niedergeschlagen, später zumeist gehoben oder gereizt; in vielen Briefen, Eingaben machen die Kranken ihrem Zorn über ihre Verfolger Luft. Schließlich tritt ein psychisches Siechtum ein, in dem sie trotz aller Größen- und Verfolgungsideen ruhig einfache Arbeiten verrichten oder still für sich leben. Die Vorstellungen, über die sie dann berichten, sind ausgesprochen urteilslos. Einer meiner Patienten, der im Laufe der Krankheit 60 Jahre alt geworden war, wollte das Abiturientenexamen machen, um Minister zu werden, ein anderer schrieb Stücke fürs Theater und wollte seine Memoiren herausgeben, beide verrichteten dabei ruhig untergeordnete Arbeiten. — Eigentliche Wortneubildungen sind selten, dagegen kommt es zuweilen zu Silbenspielereien (vgl. Beispiel 2).

Beispiel 1:

Ingenieur, 1876 geboren. Stets selbstbewußt und reizbar, schon auf der Schule zweimal mit dem Consilium abeundi bestraft, dabei nicht übermäßig begabt. 1905 erste, nicht feste Anstellung bei einer Stadtverwaltung. Hier bald Streitigkeiten, die der Kranke querulatorisch verfolgt. Seitdem oft Stellen gewechselt, immer neue Schwierigkeiten. Bild des Querulantenwahnsinns. Dann Sinnestäuschungen, man macht Geräusche, um ihn zu ärgern, Stimmen beschimpfen ihn. Wo er hin kommt, steht ein Geheimpolizist, alle Behörden sind über ihn im klaren und verschworen, ihn zu vernichten. Die ganzen

Personalakten sind gefälscht, die Internierung erfolgt „natürlich“ in einer staatlichen Anstalt, weil der Direktor den Behörden gehorchen muß. Man hat ihm Weiber zugeschickt, damit er sich die Gonorrhöe holt. Überall sind Anspielungen gemacht worden, so auch die, daß eine Dame ihn heiraten wolle; daß diese Dame ihn dann tatsächlich nicht genommen habe, sei auf die inzwischen erfolgte Beeinflussung durch seine Feinde zurückzuführen. Größenideen sehr ausgesprochen, aber im Bereich des Möglichen. Alle Ingenieuranlagen in Düsseldorf, Rostock usw. seien schlecht, Millionen seien verschleudert; er sei der einzige Mann, der diese Dinge verstünde.

Haltung wechselnd. Zeitweise überlegen, ruhig, ironisch; häufiger sinnlos in wüsten Ausdrücken schimpfend.

Beispiel 2:

50jähriger Mann, intelligent, ursprünglich anscheinend gesund. Krankheitserscheinungen bis zu seinem 31. Lebensjahr zurückzuverfolgen. Schon damals großes Selbstbewußtsein und einzelne Verfolgungsideen. Allmählich System. Seine Frau habe ihn betrogen, dann aber mit Hilfe käuflicher Beamter die Ehescheidung durchgesetzt. (In Wirklichkeit ist Patient für den schuldigen Teil erklärt worden.) Alle Schweizer Behörden halten jetzt gegen ihn zusammen, um die Ungerechtigkeit dieses Prozesses nicht aufdecken zu lassen. Stimmen beschimpfen ihn, andere machen ihm Mitteilungen über seine Angelegenheiten. Der Kranke fühlt sich zu großen Erfindungen berufen. Er kann einen Benzinmotor konstruieren, mit dem man zu einem Stern fahren kann, kann Platin herstellen, eine drahtlose Kraftübertragung möglich machen. Er sei ein übernatürliches Wesen, gebiete über ein Heer von Geistern, er brauche nur den Mund aufzutun, dann würde der Arzt, der ihn für geisteskrank erklärt habe, tot umfallen. Gehlsheim bedeute, das gehle (gelbe) S-Heim. S sei der 18. Buchstabe im Alphabet und weiblich, das seien okkultistische Beziehungen, die ihm vertraut seien, über die er aber nicht sprechen könne. Übrigens wisse man es hier auch, mit dem Namen sei etwas angedeutet, damit wolle man etwas tun. Nat-ur käme von Naht und Uhr, Rostock von Roh und Stock. Patient ist dabei vollkommen geordnet, intelligent, ruhig, sehr wohl im Stande zu dissimulieren, sein Selbstbewußtsein drückt sich nur in einer gewissen überlegenen Zurückhaltung aus.

Beispiel 3:

M. S., 41 Jahre alt. Tag der Aufnahme: 12. 3. 18, der Entlassung: 16. 5. 18.

Schrieb einen auffallenden Brief an die hiesige Sternwarte, in dem er um Schutz gegen höhere Gewalten bat und angab, wegen des Ätherradiums vom Militär entlassen worden zu sein, und daß er bereits verschiedene Stellen des Kriegsministeriums und die oberste Militärverwaltungsbehörde vergeblich um Hilfe angerufen habe. Es werde ihm durch elektrische Strahlen aus den Wolken Tag und Nacht der Kopf zerstochen, auch höre er dauernd Luftgespräche, deren Stimmen er erkannt habe, aber nicht vorzeitig nennen wolle. In der Nacht beobachte er sehr oft bewegliche Sterne, die einander bekämpfen und verfolgen. Die Lichtpunkte sehe er auch durch die Zimmerdecke. Am Tage sehe er in der Richtung der Kopfstiche bewegliche Scheine in den Wolken. Vor dunklen Wolken sehe er schwarze Punkte. Er werde als Medium der gesamten Übertragung tyrannisiert.

Eigene Angaben: Er sei der älteste von drei gesunden Geschwistern. Als Kind habe er Masern gehabt, sonst nie ernstlich krank gewesen. Als kleines Kind sei er sehr ängstlich gewesen, als Schuljunge sehr lebhaft. In der Schule habe er gut und gern gelernt. Zur rechten Zeit lernte er laufen und sprechen. Nach der Schulentlassung Maurer gelernt, hierauf 4 Jahre die Zeichenschule besucht. Bis 1912 regelmäßig gearbeitet, täglich 30 bis 50 Pfg. vertrunken, aber nur während der Arbeitszeit.

1912 sei er nach Tilsit zum Neubau der Zellulosefabrik geschickt worden. Dort habe er sonderbare Luftgeräusche wahrgenommen. Die in der Nähe manövrierenden Soldaten, vor allem der Major hätten ihm gegenüber ein sonderbares Verhalten gezeigt. Jedesmal, wenn er ein blaues Hemd angezogen hatte, habe ihn der Major als markierten Feind deklariert. Der Major habe auf ihn gezeigt und immer gesagt: auf den Blauen, auf den Blauen. Es sei dort ein eigentümlicher Luftdruck gewesen, auf den Dächern habe er Leute stehen sehen, die die Luftverhältnisse beobachtet hätten. Alle Leute auf dem Bau seien so nervös und ängstlich geworden, und er selbst habe immer ein sonderbares Luftgefühl gehabt. Als er in Rastenburg bei der Zuckerfabrik Arbeit genommen habe, habe er richtige Luftstimmen gehört. Den Sinn habe er nicht unterscheiden

können. Habe mehrere Stimmen wechseln hören, habe auf die Dächer geguckt, aber niemanden gesehen. Ostern 13 sei er nach Hause gekommen, habe aber seine Wohnung erst mit Hilfe des Meldeamtes ausfindig machen können. Seine Frau wollte aber ihre Freiheit haben; sie habe sich mit Krawattennähen beschäftigt und dadurch viel Herrenbesuch gehabt. Gelegentlich habe sie ihm gesagt, er stelle ihr zu wenig vor und sie hätte 25 Männer, von denen sie leben könnte. Wenn er sie belästigen würde, würde sie es ihren Männern sagen, und diese würden ihn totschlagen. Er habe auch allerlei verdächtiges Gemurmel gehört. Weil er sich an der russischen Grenze solange herumgetrieben habe, müsse man in Deutschland auf ihn aufmerksam geworden sein und ihn vielleicht als Spion angesehen haben. In dieser Zeit habe er öfters die Stimme des Kronprinzen gehört, der sich über sein Familienleben lustig machte. Er habe den oberschlesischen Industriebezirk durchwandert bis Neiße, Glatz und Neurode. Überall wurde er von den Luftstimmen verfolgt. In der Wenzeslausgrube in Neurode, wo er eine zeitlang gearbeitet habe, sei ein Metallkessel eingesetzt worden, der, da Radium bekanntlich magnetisch sei, die Radiumwirkung besonders kräftig gemacht habe. Beim Transport des Kessels habe er eine Luftstimme (Weiberstimme) gehört: „Das ist unser Gendarm". Da habe der Steiger Heinze wütend in die Luft gesehen und geschrien: „Und ich bin sogar Offizier!" Daraufhin habe ihm der Steiger sofort gekündigt. Hierauf sei er nach Waldenburg gegangen, um neue Arbeit zu suchen, wo ihn eine Frauenstimme aus großer Höhe dauernd verhöhnt und ihn „Maurerzassel" genannt habe. Er habe oft in der Kantine gesehen, wie die Gastwirtsfrau und ihre 15 jährige Tochter über die Luftstimmen verlegen waren. Schließlich sei er zuletzt verzweifelt und habe sich am linken Arm die Pulsadern mit dem Taschenmesser geschnitten. Nachdem er in Schweidnitz 4 Wochen krank gelegen habe, sei er nach Breslau zurückgekommen, wo er am 16. August 1914 wegen Kronprinzenbeleidigung an der Wilhelmsbrücke verhaftet worden sei. Dort sei er 2 Sanitätsunteroffizieren begegnet, die ihm sagten, er brauche sich nur eine weiße Mütze mit dem roten Kreuz aufsetzen und könne dann ins Feld zur Ambulanz gehen. Er habe darauf geantwortet: Der Kronprinz kümmere sich nicht um ihn, und die harmlose Bemerkung: „das Aas" hinzugefügt. Später sei er aber freigesprochen worden. Um von den Radiumstimmen nicht mehr verfolgt zu werden, sei er nach Danzig gereist, wo er bei Schichau auf dem Elektrizitätswerk gearbeitet habe. Bald habe er aber die Arbeit niedergelegt und sich zum Train-Ers.-Abtl. 20, 20. A. K. gemeldet. Dort habe ihm der Dienst ganz gut gefallen, er habe aber bald wieder die heftigsten Kopfschmerzen bekommen, die am Tage in Stechen ausarteten. Beim Exerzieren haben ihn die Stimmen oft so sehr belästigt, daß er die Kommandos überhörte. In Rußland habe er einmal eine russische Frauenstimme gehört, die die Russen zum Angriff anfeuerte, der dann auch wirklich erfolgt sei. In Marienburg, wo er wegen Arterienverkalkung, Krampfadern und Nervenerschöpfung beim Ers.-Bat. entlassen worden war, habe er beobachtet, wie die Sterne einander jagten, zueinander sprachen und sich beschossen. Dann sei er nach 20 wöchiger Revierbehandlung am 7. Dezember 17 nach Hause beurlaubt und dann vom Militär entlassen worden. Hierauf habe er verschiedene Stellungen angenommen, sei aber überall entlassen worden. Sei schließlich von der Kriegsverletztenfürsorge als Laboratoriumsdiener in die Frauenklinik beordert worden. Daß er überall die Stellung verliere, könne er sich nur so erklären, daß die Leute durch die Radiumstrahlen tyrannisiert werden und wenn er sich dann vorstellen komme, werde er nur ausgelacht. Die unschuldigsten und korrektesten Stimmen sind die der kleinen Kinder, deren sich die Leute bedienten, um selbst geheim zu bleiben. Erwachsene Stimmen haben allerlei Namen verraten, so z. B. es sei ein Prinz von Schleswig-Holstein, eine Gräfin von Schwarzburg-Hausen, von Hessen-Nassau, die Königin von Holland. Könne sich nicht erklären, weshalb diese Leute ihn alle verfolgen. In der Frauenklinik habe er sich schließlich eine Mischung von Salpetersäure, Kochsalz, Kupfersulfat gemacht. Diese Lösung habe er immer bei sich getragen und wenn er einen Stich bekommen habe, habe er die offene Flasche an die Stelle hingehalten, dadurch sei dann oben der Radiumapparat kaput gemacht worden, und so habe er für einige Zeit Ruhe gehabt. Habe dabei oft Stimmen gehört: Laß mich ran, laß mich ran. Man habe ihm mit Gewalt den Schädel zerbohren wollen. Besonders schlimm sei es gewesen, wenn man Rache auf ihn ausüben wollte. Seine Kinder, die evangelisch gewesen seien, seien jetzt in der katholischen Kirche konfirmiter worden. Offenbar können sich die philosophischen Himmelserscheinungen mit der evangelischen Religion nicht vertragen.

Befund: Macht einen ruhigen, äußerlich geordneten Eindruck. Zeitlich und örtlich gut orientiert. Verfügt über gute Schulkenntnisse, die er allerdings nach seiner Art verwertet.



Alle Angaben über seine Beeinflussungen, die Phänome etc. sind etwas phantastisch, unbestimmt und nicht faßbar. Die Schilderung seiner Erlebnisse ist von wenig Affekt begleitet, und Patient verhält sich auch den anhaltenden Halluzinationen gegenüber völlig gleichgültig. Die Haltung ist unauffällig. Sprache flüssig, etwas monoton.

Führt auf der Abteilung sehr lebhafte Gespräche politischer Art mit den anderen Mitkranken, ist dabei oft sehr witzig, schlagfertig und wortgewandt.

Klagt täglich über Kopfstiche und Höhenstimmen, die ihn auch hier unausgesetzt verfolgen. Verlangt ein poliertes Blech, um es über dem Kopfe zu tragen, um dadurch die Radiumstrahlen aufzuhalten. Drängt heraus, schreibt Briefe an die Volkswacht, die sozialdemokratische Partei, in denen er um Rechtsschutz bittet, „in Sachen seiner Freiheitsberaubung und Sicherstellung seines Brotes". Deutet gelegentlich an, daß er wohl zu etwas Besonderem berufen sei.

Unterhält sich lebhaft in etwas verschrobener Weise mit den Mitkranken, bezieht allerlei Zeitungsnotizen auf sich und seine Beziehung zu den „Himmelsautoritäten", schreibt sehr viele Beschwerden und Bittgesuche konfusen Inhalts mit gelegentlichen Wortneubildungen.

Seitdem die „Höhengewalten" mit dem neuen Wahlrecht beschäftigt seien, habe er Ruhe und über Belästigungen nicht zu klagen. Führt sehr lebhafte Gespräche, drängt heraus, beschwert sich über die Freiheitsberaubung.

Hört dauernd Kinderstimmen, die aber harmlos und „sympathisch" seien. Die Männer und Frauen hätten „Feierabend gemacht". Während er in der letzten Zeit keinerlei Belästigungen ausgesetzt war, habe er gestern abend wieder einen Stich in den Kopf bekommen, der ihm durch den ganzen Körper gefahren sei.

16. 5. 18. Beruhigt entlassen.

Expansive Formen.

Über die expansiven Formen der Paraphrenie gibt Kraepelin an, daß fast alle seine Kranken Frauen gewesen seien, und daß die Erkrankung zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr begonnen hätte. Ich selbst sah keinen Fall vor dem 35. Lebensjahr auftreten; meine Patienten waren ausschließlich Frauen. Bei diesen Formen überwiegt ein üppig entwickelter Größenwahn mit gehobener Stimmung und leichter Erregung. Nur im Beginn besteht zuweilen eine ängstliche, depressive Stimmung. Die Krankheit setzt auch hier zumeist allmählich, zuweilen aber auch subakut ein. Bald werden Größenideen, die nach Kraepelin in der Hälfte der Fälle, nach meinem Material noch häufiger erotisch gefärbt sind, zuweilen aber auch religiösen Inhalt haben, und Verfolgungsideen geäußert. Seine Majestät hat der Patientin den Titel Josephine, Magdalene von Elgenhauer, von und zu Bise, Herzogin de la Croix und Cornwallis aus dem Stamm Tudor verliehen; der König, der Kaiser, ein Prinz interessieren sich für sie, wollen sie heiraten oder sonst Beziehungen mit ihr anknüpfen, der Arzt ist Erzherzog und will ihr Gemahl werden; andere aber sind neidisch und suchen das zu hintertreiben, die Begegnung zu stören, Briefe zu unterschlagen usf. Im Essen ist Gift, Mohn oder Schwefel, im Bad wird der Kranken Schweineseuche über den Kopf gegossen. Die Kranke hat eine himmlische Sendung, ist heilig, wird die ganze Welt erlösen. Oft werden solche religiöse Vorstellungen mit den erotischen zu Erdichtungen verschmolzen, die einen sehr phantastischen und zuweilen auch traumhaften Eindruck machen. So wollte eine meiner Patientinnen nicht gezeugt, sondern im Samtmantel vom Himmel gefallen, eine andere schon als Kind als Gotteswunder angesehen worden sein.

Früher als bei der systematisierenden Form treten Sinnestäuschungen auf. Auch sie stehen zum Teil Traumerlebnissen nahe; Visionen erscheinen

— das Jesuskind, die Propheten, die heiligen drei Könige, der Papst, der Kaiser —, Tiere (selbst ausgestopfte) und Bilder sprechen, vom Himmel kommen Stimmen.

Die Stimmung der Kranken schildert Kraepelin als selbstbewußt, heiter, oft ausgelassen und übermütig, zu Scherzen und Witzen geneigt oder überschwänglich glückstrahlend. In meinen Fällen traten gelegentlich auch heftige Zornaffekte gegen die Umgebung auf, die die Kranken angeblich verfolgt. Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind, wenn man von den Erinnerungsfälschungen absieht, ungestört, das Handeln entspricht dem Wahn. Im weiteren Verlauf werden die Wahnvorstellungen wohl noch etwas unsinniger und phantastischer, ein eigentlicher Zerfall der Persönlichkeit tritt aber nicht ein.

Differentialdiagnostisch kommt bei dieser Form neben den für die systematisierende Paraphrenie erwähnten Möglichkeiten noch die einer Manie in Frage. Auch bei dieser Krankheit kann es ja zu oberflächlichen Wahnbildungen im Sinne der gehobenen Stimmung kommen, die aus einer gesteigerten Phantasietätigkeit entspringen und infolgedessen ähnliche phantastische und ekstatische Züge zeigen. So wird man vorübergehend die Diagnose offen lassen müssen. Im weiteren Verlauf nehmen aber bei der Paraphrenie die Wahnvorstellungen eine so feste Form an, daß sich die Manie deshalb ausschließen läßt.

Beispiel Frau G., 54 J. Eingeliefert mit 40 Jahren.

Glaubt, daß sie von Umgebung verhöhnt und beschmutzt wird. „Werde mit Schmutz überschüttet.“

Die Verwandten hassen sie und wollen sie „ruinieren und zertreten.“ Man sei um das Geld gräßlich beleidigt. Seit 1 Jahre „spiele man mit ihr“. Ihre Kinder habe man ihr fortgenommen, man mache sie krank, sie werde eingepreßt in ein Bett. Die „Ziems“ und Verwandte seien an allem schuld, die seien auch hier, das sei hier eine „Ziemsanstalt“, alle Leute hätten falsche Namen. Wenn sie heiraten solle, müsse es auf anständige Art geschehen, sie werde mißhandelt, wolle nicht heiraten. Es sei ihr Gewißheit geworden, daß ihre Kinder ermordet seien auf Veranlassung der alten Verfolger. Sohn sei hier getötet (geschlachtet oder ertränkt), schreibt an Sohn, sie werde aus großherz. Kasse an jedem Neujahr 1200 Mark bekommen, da man gegen ihren Willen ihre Wirtschaft aufgelöst habe. Eine Kranke habe sie schwindsüchtig gemacht, schilt auf den Arzt, den sie nicht kenne, der daran schuld sei, daß nachts immer ihr verstorbener Mann und sämtliche Geister des Kirchhofs zu ihr kämen und sie belästigten. Männer lägen in ihrem Bett und dann und wann auch Leichen, man versuchte ihr alles Mögliche in den Mund zu stopfen.

Magenschmerzen kämen daher, daß Frau E. mit Apparaten immer an ihrem Bette stände und sie belästigte.

Man habe ihr im Schlafe Heringslake und Klosettstoffe eingeflößt, verlangt, daß die unter ihrem Bette liegenden Leute entfernt würden.

Bittet um Ortwechsel, damit sie von den „Krorben“ loskäme.

Schimpft, weil geschlechtlicher Mißbrauch mit ihr getrieben werde.

„In meinem Bett ist ein Geruch, da liegen wohl noch verschiedene darin. Da ist auch so viel Kohlenstaub drin. Die trüben aus dem Theater sind wohl in meinem Bett, die sind unsichtbar.“

6 Leute seien in der Nacht in ihr Bett gekommen, ohne um Erlaubnis zu fragen, die hätten sie an ihrem Leibe belästigt. Herr G. sei dabei gewesen, der habe einen giftigen Atem und stinke.

Der Großherzog habe ihr 6 Häuser geschenkt. Putzt Anzug gern aus mit roten Schleifen, der wäre sonst zu einfach, will sich für 3000 Mark Haus in Rostock kaufen, wo sie Maschinenfabrik, Bäckerei und Konditorei einrichten wolle; hält sich für die Prinzessin von Mecklenburg, spricht von hoher Abkunft, vielem Geld und einem Haus in Rostock, putzt sich heraus, steckt viele Blumen ins Haar, will sich ein Haus bauen für 1500 Mark.

Ich lasse mir Zeichnungen machen und suche es mir dann aus. Ich kaufe mir eine Einrichtung dazu in der Möbelhandlung. Das Geld bekomme ich hier, dafür habe ich ja gearbeitet. Glaubt, daß ein Arzt sie heiraten will.

Konfabulierende Form.

Schließlich hat Kraepelin eine kleine Anzahl von Beobachtungen unter der Bezeichnung der konfabulierenden Paraphrenie zusammengefaßt. Ich selbst bin nicht sicher, ob ich einen solchen Fall behandelt habe. Die Krankheit soll bei beiden Geschlechtern gleich häufig sein und zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr auftreten. Auf dem Wege der Erinnerungsfälschung glauben die Kranken, von jeher zurückgesetzt, bestohlen, kurz verfolgt worden zu sein. Schon auf der Schule habe man sie grob behandelt, verhöhnt, zu verderben versucht. Jetzt werden sie verleumdet, sollen verkuppelt, vergewaltigt, geschlachtet, geköpft werden. In den Wirtschaften wird ihnen Menschenfleisch vorgesetzt, auf dem Bahnhofe will ein Mädchen ihretwegen eine Bombe werfen. Dabei stammt der Kranke aus fürstlicher Familie, wird von Offizieren und Schutzleuten gegrüßt, ist zum Kaiser gewählt, soll unermeßliche Gelder erben.

Das auffallendste an diesen Erzählungen ist die Leichtigkeit, mit der Konfabulationen, und zwar bei durchaus erhaltenem Bewußtsein, auftauchen; sie beziehen sich nicht einmal immer auf den Kranken selbst, sondern auf irgendeine zufällig erwähnte Persönlichkeit. Merkwürdig ist auch der verhältnismäßig geringe Einfluß, den die Verfolgungsideen auf die Stimmung und das Handeln der Kranken ausüben. Diese sind in der Regel heiter und höchstens vorübergehend etwas ängstlich. Allmählich blassen die Wahnideen ab, werden unsinniger, zerfahrener. So entwickelt sich ein psychisches Siechtum, in dem die Stimmung gereizt, mürrisch oder gleichgültig wird.

Dementia phantastica.

Die Dementia phantastica, die im wesentlichen Kraepelins früherer Dementia paranoides (einer Verlaufsform der Schizophrenie) entspricht, wird von diesem Autor heute den Paraphrenien (Paraphrenia phantastica) zugerechnet. Nach unserem Dafürhalten steht sie der Dementia praecox immerhin näher. Es handelt sich hier wirklich um einen Verblödungsprozeß, während die systematisierende, die expansive und die konfabulierende Form der Paraphrenie außer zu einem Zerfall des Wahnsystems zu einer Zerstörung der Persönlichkeit doch nicht führen. Allerdings ist auch die Trennung von der Schizophrenie unerläßlich.

Daß eigentlich katatone Symptome bei der Dementia phantastica nicht vorkommen, würde in dieser Hinsicht noch am wenigsten beweisen. Da aber auch die spezifische Assoziationsstörung und die körperlichen Veränderungen der Schizophrenie regelmäßig vermißt werden, so kann an der grundsätzlichen Verschiedenheit beider Verblödungsprozesse heute nicht mehr gezweifelt werden. Die Abgrenzung im einzelnen Fall macht nur deshalb Schwierigkeiten, weil sich die erwähnten Symptome auch bei Schizophrenen nicht immer nachweisen lassen und gelegentlich verhältnismäßig spät zum ersten Mal auftreten. Eine ähnliche Schwierigkeit besteht übrigens für andere Fälle der Paraphrenie gegenüber auch; denn auch bei dieser kommen, wie wir gesehen haben, recht verworrene Wahnbildungen vor. Insofern erscheint es uns wahrscheinlich, daß

die Grenzlinien zwischen Paraphrenie und Dementia phantastica eines Tages berichtigt und manche Fälle von konfabulierender Paraphrenie noch zur Dementia phantastica gezählt werden müssen. Die Schizophrenie wird ihre Sonderstellung nach dieser Seite hin wohl immer behaupten,

Auch die *Dementia phantastica*, die bei Männern häufiger ist als bei Frauen und zwischen dem 3. und 5., am häufigsten aber im 4. Jahrzehnt beginnt, leitet sich oft mit einer *Verstimmung* ein. Die Patienten fühlen sich abgespannt, gedrückt und fangen an ängstlich zu werden. Eine meiner Kranken wurde in diesem Stadium aus dem Wasser gezogen. Sehr bald treten Verfolgungsideen auf, die von vornherein einen phantastischen Charakter tragen und regelmäßig durch Gehörstäuschungen und Störungen der Gemeinempfindung begleitet werden. Eine ergiebige Quelle für ihre Entstehung bilden üppig wuchernde Erinnerungsfälschungen. Alle Menschen reden über den Kranken, in den Zeitungen finden sich Anspielungen, die Insassen des Stiftes, in dem die Patientin lebt, beleidigen sie durch ihr unsittliches Wesen, die Zimmer werden mit Nachschlüsseln geöffnet, die Korrespondenz wird gelesen. Im Essen ist Gift, Dreck, Asche, Petroleum, die Mutter hat Zink hineingetan, der Körper wird elektrisch mißhandelt, eingeäthert, magnetisiert, die Eingeweide werden verbrannt, die Blutzellen hat ein böser Geist geschlossen, darum ist die Periode weggeblieben, das Bett enthält Tiere und Leichen, die Kranke wird geschlechtlich angegriffen, alle möglichen Männer, auch die eigenen Brüder gebrauchen sie, sie fühlt es an ihrem Geschlechtsteil, sieht die Männer aber nicht, durch Insekten wird der Same auf sie übertragen, durch die Berührung mit der Hand wird sie geschwängert. Durch allerlei Hexenkünste wird sie geschädigt, so sei einmal das Wasser im Waschkessel immer höher gestiegen und schließlich übergelaufen, ein anderes Mal habe auf dem Stuhl eine Spielkarte gelegen, darauf sei die Kranke sofort schwach in den Beinen geworden. Eine Fliege kommt und sieht, ob alle Verfolgungen richtig ausgeführt werden. Wenn der Kranke schreiben will, so verschwinden Papier und Feder, damit die Wahrheit nicht an den Tag kommt. Ein Mensch befindet sich im Magen, im Kopf, auf dem Rücken; im Hals, im Leib und in der Stirn verursachen Tiere Beschwerden. Ein Kreuzbär mit blauem Haar sitzt in der Nase und macht sich am Kopf zu schaffen. Ein Kranker will einen bösen Geist in sich haben, der manchmal in Gestalt eines gelben Hasen aus ihm heraustritt, vor ihm herumflimmert und ihn im Arbeiten stört. Der Geist sei vor zwei Jahren von zwei toten Knaben, die er getragen habe, auf ihn übergegangen. Ein anderer behauptet, es sei ihm etwas aus dem Leib gesprungen, das sich weich und mollig anfühlte, seitdem habe er Angst. Die Luft wird durch die Nase aus dem Gehirn gezogen; wenn die Ärzte kommen, erhebt sich ein heftiger Sturm, der im Zimmer Verwüstungen anrichtet. Eine Krankenwärterin beschäftigt sich mit dem Reinmachen von Dingen, über die man garnicht sprechen dürfe, einmal ist gleich darauf ein Schiff untergegangen. Fortgesetzt kommen Kontrollmädchen, das ganze Bett wird geschüttelt von einem Wesen, das eigentlich kein Mensch sei, sich anfühle wie ein Tuch und weich sei, ohne Knochen, so groß wie eine Faust oder ein kleiner Kopf.

Ähnlich unmöglich und unverständlich sind die *Größenideen*; die Kranken sind von Adel, das Kind Wilhelms II., die Herzogin d'Este, die Fürstin von Diez, sie besitzen große Güter. Der Kaiser bewirbt sich um sie, sie sind zum König gewählt, stehen mit Gott direkt in Verbindung, sind angestellt,

die Welt in Ordnung zu halten, sind Gott selbst, machen Menschen, bauen in einer Minute ein Haus, brauchen nur die Uhr anzusehen, dann ist alles gemacht, lesen in den Wolken, sagen die Zukunft voraus, besitzen Millionen, die ganze Welt. Das Kleid, das sie tragen, ist nicht gut genug, sie haben ein Schloßkleid zu beanspruchen, der ganze Schrank hängt voll goldener Kleider, die mit Himmelssternen besetzt sind. Der Sohn ist vom Kaiser beim Weltgericht in Paris angestellt, er hat die Mission, das Reich Gottes des Vaters zu verteilen. Der Papst und Luther müßten sich versöhnen, darum werden die Bilder von beiden auf dem Nachttisch zusammengestellt. Im ganzen Reich hat der Kranke Agenten die seine Befehle ausrichten und ihm Nachrichten bringen. Er ist hundert, tausend, millionen Jahre alt, hat die Freiheitskriege, den 30jährigen Krieg, Christi Kreuzigung mitgemacht, ist Napoleon und Friedrich der Große in einer Person, Christus, Gott Vater, die Jungfrau Maria. Die Juden haben ihn schon 100mal gekreuzigt, die Franzosen 20mal geköpft, die Ärzte hier ermorden ihn jede Nacht. Er war im Himmel, hat Gott in seiner Herrlichkeit gesehen und mit ihm ganz gemütlich gesprochen, ist in die Hölle gefahren und am dritten Tage auferstanden. Er kennt die ganze Welt, war in Amerika, Australien und Afrika, auf dem Monde und auf der Sonne, die überhaupt ihm gehören und von ihm regiert werden. Er läßt die Sonne aufgehen und sich um die Erde drehen, er braucht nur zu winken, und alle Menschen sind tot. Die Kranke ist Mann und Frau zu gleicher Zeit, hat 100 000 Kinder vom heiligen Geist.

Alle diese Ideen werden von den Kranken ziemlich affektlos und in zweifelloser Abhängigkeit von Suggestivfragen vorgetragen. Sie sind im einzelnen nicht immer fixiert; oft gewinnt man — wie bei Paralytikern — den Eindruck, daß die Patienten sich in ihre Fabeleien hineinsteigern und sich in immer unsinnigeren Erfindungen nicht genug tun können. Das schließt nicht aus, daß manche, durch Widerspruch gereizt, heftig und sogar gewalttätig werden. Die Stimmung der meisten ist gehoben und heiter.

Daß gewisse Sinnestäuschungen in wohl allen Fällen eine Rolle spielen, steht fest, dagegen kann man über die Häufigkeit und über den sinnlichen Charakter dieser Erlebnisse verschiedener Meinung sein. Oft scheinen auch solche Behauptungen auf Erinnerungsfälschungen zu beruhen; jedenfalls wird man selten Patienten beim Halluzinieren beobachten können. Fragt man sie nach Stimmen, so geben sie wohl an, sie hörten sie auch jetzt, machen aber durchaus den Eindruck, als ob sie sich bloßen Phantasievorstellungen hingeben.

Im Vordergrunde der Sinnestäuschungen stehen die des Gehörs und der Gemeinempfindungen. Man lispelt und flüstert, Schwalben zwitschern und machen Mitteilungen, die Feinde schimpfen und drohen, der Kranke soll im Walde liegen und von den Vögeln zerhackt werden, Stimmen befehlen, zu gewissen Zeiten, z. B. beim Schlagen der Uhr, längere Zeit zu beten, oder 8 bis 10 Eimer Wasser zu holen und aus dem Fenster zu gießen. Mit dem Amtsrichter, mit dem Kaiser, mit Gott ist der Kranke telephonisch verbunden. Eine Masse Menschen jammert und schreit unten im Keller um Hilfe.

Gesichtstäuschungen sind seltener. Eine Kralfke sah sich selbst im offenen Sarge liegen, an den Fenstern tanzen nackte Menschen herum, Staubwolken und Nebel erscheinen vor den Augen und grausige Lichtbilder von Tod und Sterben, der Mann wird als Leiche auf der Anatomie gesehen, Grimassen

sind an der Wand, die sich verändern. Der Heiland kommt in Militäruniform, am Himmel erscheint ein großer Stern, und dann entsteht unter ihm eine Kirche.

Sehr häufig sind körperliche Empfindungen. Die Kranken fühlen Schwindel, Herzklopfen, Kopfschmerzen und führen sie auf Beeinflussung von außen zurück. Sie werden elektrisch mißhandelt von Strömen, die von dem Anstaltspferd ausgehen; nur auf Tannenfußböden können sie sich bewegen, sobald sie auf Eichenbretter treten, sind sie gelähmt. Ein Ballon füllt sich in die Körperteile hinein, die Knochen werden zerbrochen, der Kopf wird zersägt, die Beine werden vom Leib gerissen. Durch eine Operation sind die Glieder fortgenommen worden, so daß der Kranke hinken muß. Am häufigsten sind sexuelle Beeinflussungen. Alle möglichen Männer tun der Kranken Gewalt an, stundelang werden Schändlichkeiten mit ihr getrieben, von denen sie elend und schwindlig wird. „Erinnern Sie sich noch" sagte eine, „an die Vermählung in der Erde vor drei Jahren!"

Das Essen schmeckt nach Kreosot und Natron, der Kaffee nach Ichthyol. Im Wasser ist Seifenpulver, in der Nase Chloroform.

In den Erzählungen über Sinnsetäuschungen und Wahnvorstellungen treten bei längerem Bestehen des Leidens fast regelmäßig Wortneubildungen hervor; Schattengeister und Wollgeister quälen den Kranken, Briller, Einnister, Blumer, die Stimmen sind Lispele und Eckenlauscher, die Verfolger nennen sich Mützen, die Weltregierungsdirektion verhandelt mit dem Kranken, er leidet an der schneidenden Krankheit, der rechte Fuß heißt Arita, der linke Badito.

Die Dementia phantastica schreitet gewöhnlich schnell fort. Die Wahnideen werden noch unmöglicher und verworrener, der Affekt, mit dem sie vorgetragen werden, nimmt allmählich ab, und nur gelegentlich kommt es zu heftigen Explosionen, die sich zumeist an irgend einen kleinen Zusammenstoß anschließen, oft aber auch von Stimmen abzuhängen scheinen. Das Endergebnis ist eine Verblödung, in der nur noch Bruchstücke der früheren Wahnideen vorgetragen werden, und in der die Kranken die Abnahme ihrer Produktivität durch viele Superlative und Wortneubildungen zu verdecken suchen. Dieser Zustand kann schon nach vier bis fünf Jahren erreicht sein, wird zuweilen aber auch nach Jahrzehnten noch vermißt.

Die Differentialdiagnose der Krankheit ist natürlich zunächst der Schizophrenie gegenüber schwierig. Der Grund liegt in der prinzipiellen Unmöglichkeit, zwischen beiden Krankheiten heute schon scharfe Grenzlinien zu ziehen. Wichtig ist, wie erwähnt, das Fehlen der eigentlich katatonen Symptome, der spezifischen schizophrenen Denkstörung und der körperlichen Krankheitszeichen. Diese sind bei der Dementia praecox gerade dadurch häufiger geworden, daß wir die Dementia phantastica aus dieser Gruppe ausgeschieden haben. Ähnlich liegt es hinsichtlich der Altersgrenze. Die Fälle, in denen die Dementia praecox jenseits des 30. Lebensjahres zu beginnen scheint, werden zweifellos immer seltener werden, je sicherer wir paranoide Verblödungen bei der Diagnose Schizophrenie auszuschließen lernen. Schwierigkeiten bereiten heute noch die Wahnbildungen selbst und die Wortneubildungen. Die Wahnbildungen sind aber, so unsinnige Gestalt sie auch annehmen, bei der Dementia phantastica doch geschlossener und hängen jedenfalls nicht in dem Maße von der Assoziationsstörung ab, wie es bei der Schizophrenie der Fall ist (vgl. S.I7 8),

und in den Wortneublidungen tritt stets nur die Tendenz zutage, neue Erlebnisse und ungewöhnliche Beziehungen auch durch frei erfundene Benennungen herauszuheben. Wortverschmelzungen und bloße bizarre Ausdrücke sind zum mindesten seltener als bei der Dementia praecox. Es sei in dieser Hinsicht auf den Abschnitt über die Sprache der Geisteskranken (vgl. S. 289) verwiesen.

Die Art der Sinnestäuschungen scheint uns die Differentialdiagnose eher zu erleichtern als zu erschweren. Ich kenne keinen Fall von Gedankenentzug bei Dementia phantastica, und auch die Beschreibung der körperlichen Beeinflussungen unterscheidet sich fast immer wesentlich von der der eigentümlichen Erlebnisse der Schizophrenen. Bei der Dementia phantastica hat man viel weniger den Eindruck, daß die Kranken auf sinnlichem Gebiete etwas prinzipiell Neues erleben, als bei Hebephrenen und Katatonikern, deren Sinnestäuschungen ja gerade in dieser Hinsicht offenbar eine Sonderstellung einnehmen.

Symptomatologisch stehen der Dementia phantastica manche Fälle von progressiver Paralyse nahe, bei denen ganz ähnliche phantastische Größen- und Verfolgungsideen vorgetragen werden. Hier werden uns die körperlichen Krankheitszeichen stets zur Diagnose verhelfen und nur die Fälle Schwierigkeiten bereiten, in denen die Dementia phantastica mit Syphilis zusammentrifft.

Ob eine prinzipielle Scheidung der Dementia phantastica von manchen, übrigens seltenen Psychosen der Involution und des Seniums möglich ist, erscheint uns zweifelhaft. Daß für unser heutiges Verständnis Übergänge zwischen Dementia phantastica und manchen Formen der Paraphrenie bestehen, wurde schon erwähnt.

Beispiele:

1. P. (Frau) 62 Jahre alt.

Von jeher herrschsüchtig und aufgeregt, Ende der 20er Jahre Erregungszustände, später oft Schreikrämpfe, wenn man ihren Willen nicht ausführte. Während der Wechseljahre sehr exaltiert, sah mit 52 Jahren Gestalten und hörte Stimmen, pflegte ihren Mann während seiner Krankheit, behauptete schon vor seinem Tode, er sei gestorben, sie sähe ihn wie die anderen toten Anverwandten auf der Anatomie. Nach einem Fall aus dem Bett behauptete sie aus dem Himmel gefallen zu sein. Die Stimmen sagen, die Person sei in der Wurzel schlecht. Anlaß zur Aufnahme: ging auf die Bank, holte sich 1500 Mark und wollte zu ihrem Sohn nach Antwerpen reisen, er sei zerstückelt, die Karten, die kämen, seien nicht von ihm. Sei während der Pflege des Mannes zum Beten kommandiert worden, habe überall niederknien und beten müssen. Sie werde durch Regierer beeinflußt. Viele Damen lassen sich durch Professor Falk solche Regierer kommen, das sind unruhige kleine Schattengeister, die herumhüpfen und beängstigende Zusprüche machen. Zu dem Zweck hätten sie aus der Familie Stoffe gesammelt; sie sei eingeäthert, magnetisiert. Sie hätte viel Energie, und die Stimmen hätten gesagt, die kriegen wir nicht unter. Die Regierer kämen als Schattengeister, sie hätte sie auch schon als Wollgeister im Bett gehabt. Sie werde durch diesen Blume schrecklich beeinflußt. Das sind die Nachahmungen, es sind Kästen, gefüllt mit Experimenten, es scheinen Knochen oder so etwas zu sein, darauf ist ein Ballon, der füllt sich in die Körperteile ein, das sind Briller, die Einnister. Die Blumer können Krankheiten legen. Eine kleine Fliege kommt und sieht, ob alles in Ordnung ist. Die Zusprechungen haben als Schatten gesagt, mein Sohn sei tot. Sie haben ihre Befriedigung gesucht bei mir und meinen Kindern, sie lispeln, es sind Lispele, Eckenlauscher, die sich in dem Garten verstecken und die Familien belauschen. Wenn ich schreiben möchte, lassen sie vor meinen Augen die Tinte verschwinden, die Feder und das Papier, sie wollen nicht, daß die Wahrheit an die Öffentlichkeit kommt. Wenn man Dame ist, müssen die Herren kommen und fragen, ob man geneigt ist, meine Töchter sind auch mit Brille zusammen, sie sind schon belegt. Ein solches Anerbieten an eine ehrenhafte Familie zu machen. Wird dauernd belästigt.

2. E. D. 1851 geboren. I. Aufnahme 1908.

Behauptet, alle Menschen ohne Ausnahme würden von Staats wegen geprügelt. Frau H., obwohl Krankenwärterin, beschäftige sich mit dem Reinmachen von Dingen, worüber man gar nicht sprechen dürfe. Einmal sei gleich darauf ein Schiff untergegangen. Zu ihr kämen fortgesetzt Kontrollmädchen. Die Leute oben und unten im Hause schimpften fortwährend und nennten sie und ihre Schwester Kontrollmädchen. Wird leicht tätlich gegen die Umgebung. In Klinik viel Sinnestäuschungen, behauptet von Wärtern mißhandelt, von ihr bekannten Personen beschimpft zu werden, hat den Heiland in Militäruniform gesehen, am Himmel einen großen Stern, und dann entstand darunter eine große Kirche. Vom Besuch des Arztes kriegt sie Hexenschuß. Im Halse, im Leib und in der Stirn verursachen ihr Tiere Beschwerden. Wenn sie Kaffee nähme, werde das Tier am Halse lebendiger, wenn sie Wasser tränke, ruhiger. Ein Kreuzbär mit blauem Haar sitzt in meiner Nase und macht mir im Kopf zu schaffen. Allmählich ablehnend und still. Sitzt ständig teilnamlos auf ihrem Stuhl. Man zieht ihr die Luft durch die Nase aus dem Gehirn, um sie zu schädigen. Beim Herankommen der Ärzte erhebt sich heftiger Sturm, der im Zimmer Verwüstungen anrichtet.

3. K., Helene, geb. 1863. Aufnahme 1915.

Pat. ist motorisch ruhig, spricht wenig, gibt bereitwillig, wenn auch etwas zerfahren, Auskunft.

In der Schule gut gelernt, 1 Jahr lang an „Pocken“ krank gewesen. Später als Stütze in Stellung bis vor 2 Monaten, häufig wegen Krankheit außer Stellung.

Seit 50. Lebensjahr nach Ausbleiben der Menses, ständig mancherlei Beschwerden, besonders Kopfschmerzen, daneben Zwangsvorstellungen, sie müsse sich und andern etwas antun (nennt dies die „schneidende Krankheit“), legte deshalb alle schneidenden Instrumente möglichst weit weg, um nicht in Versuchung zu kommen. Jetzt hat sie sie noch, die Empfindung, beim Anblick einer Wasserfläche, daß sie hineinfallen müsse. Seit Jahren Druck auf der Brust, glaubt, daß das Blut sich staut, infolge der zu früh ausgebliebenen Periode. Manchmal ist es, als ob ein „Wesen“ in ihrer Brust sitzt, dessen Bewegungen sie bisweilen fühlt. Seit Jahren teilt die „Geisterei“ — d. i. die Menschheit selber, d. h. der Geist, der aus den Menschen spricht — ihr allerlei mit, z.T. auf die Zukunft bezügliches. Sie hört das so laut, als wenn jemand neben ihr spricht, es sind immer unbekannte Stimmen.

Nach 1 Woche. Will von der „Geisterei“ nichts mehr hören. Klagt über den Druck auf der Brust, fühle sich sonst wohl.

Hat in der Nacht vor sich hingesprochen, stellt Stimmen in Abrede.

Ein böser Geist hat ihr die Blutzellen geschlossen, daher staut es sich jetzt in der Brust. Es ist jemand da, der ihr etwas tut, weiß nicht, wer es ist. Hat viel zu leiden. Vielleicht handelt es sich um eine Erbschaft, die man ihr nicht gönnt.

Nachts gescholten, spricht auch am Tage vor sich hin. Halluziniert anscheind viel, geht mit lebhaften Gestikulationen umher, spricht viel für sich, stört dadurch in der Nacht.

Nach 2 Monaten unverändert. Wenig zugänglich. Kann die Zukunft voraussehen, soweit es sie betrifft, aber auch die Zukunft anderer.

Entmündigungstermin. Sie sei nicht geisteskrank, aber mit der Entmündigung einverstanden, wenn sie für nötig gehalten werde.

Im nächsten Monat ruhiges Verhalten.

Plötzlich wieder erregt. Behauptete, vom Essen her Chloroform in der Nase zu haben, trotz Skopolamin nicht ruhig. Stimmen hätten gesagt, gab sie am nächsten Morgen an, „was machst Du mit uns“. Sah Staubwolken und Nebel vor den Augen, später Lichtbilder von Tod und Sterben, die sehr grausig gewesen seien.

Am nächsten Tag wieder ruhig.

Am folgenden Tag unruhig, behauptete, das böse Blut in ihrem Körper, das nie abgegangen sei, bedrohe sie und schnüre sie ein.

Beruhigt sich erst, nachdem man ihr (zum Wassermann) etwas Blut abgezapft und versichert, es seien ein paar Liter von dem bösen Blut entnommen; darauf wird ihr leichter.

Im 5. Monat entlassen nach einigen ruhigen Wochen.

Paranoide Formen der Dementia praecox.

Die Wahnbildungen, mit denen die Schizophrenie überaus häufig beginnt, nehmen fast immer eine gewisse paranoische Färbung an. Auch wenn Versündigungsideen geäußert werden, gehen sie zumeist in Verfolgungsideen über. Häufiger aber treten von vornherein Ahnungen und Beziehungsideen auf. Man zeigt auf den Kranken, macht Anspielungen, im Zimmer ist jemand versteckt, es ist voll Gas, im Bier war Gift, Spiritisten passen auf ihn auf; der Großherzog hat mit der Schulter gezuckt. Die Kranken werden hypnotisch beeinflußt, durch Inspiration, Telephon und Mikrophon zu allen möglichen Handlungen gezwungen, die Gedanken werden ihnen entzogen. Ein Feuilleton der Zeitung hat ihm gegolten, die Leute sprechen über ihn. In der Familie, in der er in Stellung war, sind in letzter Zeit scheußliche Dinge vorgekommen; man hat ihn um seine Lebensstellung bringen wollen. Der Postbote hat 15 wichtige Drucksachen unterschlagen, der Bürgermeister ist auf seinen Vorteil bedacht, die Ärzte leisten Detektivdienste. Straßenjungens brauchen rohe und gemeine Redensarten, die Familie des Stabsarztes im Hause ist nicht ehrlich. Der Kranke selbst hat Sodomie getrieben, Stimmen werfen ihm das vor, alle Welt weiß es; er soll abgeschlachtet, durch Gedankenentzug verrückt gemacht werden. Seine Feinde tragen Masken, um sich unkenntlich zu machen — einer meiner Kranken hat auf Grund dieser Idee zwei ihm ganz fremde Menschen erschossen —, der Nachbar hat bei einem Brande die Fackel in der Hand gehabt, also hat er den Brand gelegt. Ein vorübergehender Rechtsanwalt hat sich vor ihrem Fenster die Nase geputzt, also wünscht er, mit ihr geschlechtlich zu verkehren. Der Körper ist verfault, das Herz steht still, der Darm existiert nicht mehr, das Gehirn ist schon längst aus der Nase ausgelaufen, die Körpersäfte sind verdorben, Muskulatur und Haut geschwunden, der Kehlkopf vereitert, der Hoden erkrankt.

Der Arzt wird als Kaiser, als Königliche Hoheit angeredet. Kaiser und Kronprinz erscheinen im Traum und sprechen mit dem Kranken. Der Großherzog ist vorgefahren und hat mit ihm Automobil fahren wollen, aber der Chauffeur hat nicht ordentlich fahren können, und so wären sie fast ertrunken. Weibliche Kranke sind die Königin Luise, befinden sich im Himmel, haben Engelshände, Himmelsaugen. Abel ist der Mann, ein kaiserlicher Prinz der Vater, Prinz Eugen von Schweden der Verlobte, 140 Millionen sind ihnen vermacht, der Kranke ist „Verfasser", der Adel hat seine Bücher gekauft, fürstliche Personen werden für ihn in Berlin sorgen, ihn in einer Hofequipage abholen. Man darf ihn nicht körperlich berühren, denn sein Kaiserreich gehört nur ihm, der Herrgott müsse abtreten, weil er einen Meineid getan habe. Gott hat das Grundwasser in Doberan vergiftet, um den Kranken zu schädigen. Der Herr der Ordnung steht mit ihm in Verbindung und sagt, was er tun solle. Der Krieg hängt mit der Krankheit des Patienten zusammen, er werde von hier aus „zusammengestellt", ich betrachte mich als den Krieg, weil ich mir jedenfalls zu viel gefallen lasse, nicht energisch genug auftrete, um verständig zu sein". „Ich komme mir vor als Waschweib, weil sie alle auf mich achten, jedenfalls nutzt man mich aus". „Er müsse hinaus, denn er könne für die Umwelt viel Gutes schaffen", „oder ist es nur alles auf die Presse bezogen". Der Kranke hat als Oberförster seinen Beruf verfehlt und will deshalb umsatteln und Medizin studieren; dann könne er alle Krankheiten heilen; er habe sich schon selbst

die Halsschlagader mit einem Rasiermesser geöffnet, sei dann spazieren gefahren und habe sich schließlich in der chirurgischen Klinik verbinden lassen.

Alle Ideen werden ziemlich zusammenhanglos, abrupt und ohne entsprechenden Affekt vorgetragen. Fast stets läßt sich ihre Entstehung aus einem Kurzschluß im Denken, aus einer Verschmelzung nicht zusammengehörender Assoziationen, nachweisen; dementsprechend wurzeln sie auch selten im innersten Kern der Persönlichkeit. Auch wenn die Kranken mit katatoner Zähigkeit ein und denselben Gedanken immer wiederholen, läßt sich gewöhnlich nachweisen, daß ein Teil ihres Wesens oder daß sie wenigstens zu gewissen Zeiten nicht daran glauben. Sie meinen häufig auch etwas ganz anderes, als was aus ihren Worten geschlossen werden könnte. (Genaueres darüber vgl. S. 131 und S. 178.)

Eine gewisse Sonderstellung nehmen allerdings die Ideen ein, die an autochthone Ideen oder an bestimmte Sinnestäuschungen anknüpfen. Diese Gedanken werden verhältnismäßig folgerichtig und in psychologisch beinahe verständlicher Weise aus gewissen krankhaften Voraussetzungen abgeleitet. Insbesondere das Erlebnis, das die Kranken so häufig als Gedankenentzug bezeichnen, sowie die zahlreichen Sensationen, seltener auch optische Halluzinationen („gemachte" Bilder) bringen sie zu der Überzeugung, daß sie beeinflußt und auf diese Weise verfolgt werden. Hinsichtlich der Sinnestäuschungen selbst sei auf S. 52 verwiesen.

Bei der Diagnose ist außer auf die körperlichen Krankheitszeichen hoher Wert auf die Assoziationsstörung, auf das Auftreten von Bizarrerien und anderen katatonen Symptomen sowie auf das Verhalten des Affektes zu legen. Dieser kann namentlich bei melancholisch oder hypochondrisch gefärbten Ideen im Anfang tief und nachhaltig erscheinen, sehr bald pflegt aber das Jammern der Kranken einen stereotypen, aufdringlichen und gewaltsamen Charakter anzunehmen. Verfolgungs- und erst recht Größenideen werden überhaupt selten mit dem Nachdruck vorgetragen, der ihrem Inhalt entsprechen müßte.

Über die Differentialdiagnose ist im übrigen bei der Besprechung der Paraphrenien und der Dementia phantastica ausführlich gesprochen worden.

Beispiele:

B., geb. 1878. Erkrankung 1916.

Schon länger Eifersuchtsreibereien mit seiner Frau. Sehr selbstbewußt.

Lebe in unglücklicher Ehe. Seine Frau habe den einen Ehebruch zugestanden, das habe „sein Herz zerrissen" und er fühle, „daß ihm innerlich alles verbrenne". Glaubt, bald sterben zu müssen, da er mehr und mehr abnehme, wünsche in der Heimat zu sterben und dort begraben zu werden. Seine Frau habe seit vielen Jahren mit einem Arzt verkehrt, er habe das gemerkt, weil der Arzt mit den Kindern gespielt und sie gestreichelt habe. Sie habe ihm Pulver in das Essen und in den Kaffee getan, ihn heiß baden lassen und es damit auf sein Leben abgesehen gehabt. Die Frau habe ihn anderen Weibern zum Fraß hingeworfen. So sei er 13 Jahre lebendig begraben. Will ein Telegramm an den Kaiser senden, ob er zu den Kindern könne, er sei gottesfürchtig und tue niemand etwas zuleide.

Die Frau habe ihn um die Ecke bringen wollen, um den Dr. zu erobern.

Der Doktor habe sich einen falschen Namen beigelegt und sich Unteroffizier Rathgeber genannt.

Er müsse sterben, sein Herz wolle verplatzen, die Beine würden kalt, ewig Ameisenlaufen darin.

Die Frau hetze die Polizei und alle Behörden auf ihn, er solle hingerichtet werden.

Seine Frau könne ihn liefern, seine Schwägerin und ihn habe sie umgebracht; er sterbe ab.

Will sich aus „lauter Verzweiflung" mit dem Handtuch aufhängen, wolle hier lebend

heraus, wolle seiner Frau und dem Doktor verzeihen. Die Frau habe ihre Geschlechtsteile hingegeben, um von ihm frei zu sein; sie habe ihn ins Feld gehetzt, damit er zu Grunde gehe; er will nach Hause, um von Frau und Kindern Abschied zu nehmen, man solle ihm noch ein paar Tage vor seinem Tode gönnen.

H. K., Schuhmachermeister. Geboren 1863.

Seit 27 Jahren auffallend. Beging alle möglichen eigentümlichen Handlungen, überschätzte sich selbst, ließ sich in Spekulationen ein, gab sein Geschäft auf, weil er nicht im kleinen arbeiten wollte und das Geschäft im großen nicht ging. War immer schon mißtrauisch, reizbar, streitsüchtig. Vor 5 Jahren, als sein Sohn ertrank, behauptete er ohne jeden Grund, Kinder hätten ihn ins Wasser gestoßen, erhob Klage und ging bis an den Minister. Vor einiger Zeit erklärte er, er wolle an den Kaiser schreiben, um den Frieden zu diktieren. Gleichzeitig bestellte er 500 Ztr. Klippfische in Hamburg, weil er ein großes Fest feiern wolle. — Hörte Stimmen, schmeckte Gift im Kaffee.

Gibt an: (Wer sind Sie denn?)

Herzog von Ungarn. Schon seit vorigem Jahr, seit 28. I., das habe ich damals schon angemeldet. Ich bin doch der Friedensstifter. Das glauben Sie mir bloß nicht, und ich sage auch gar nichts um des lieben Friedens willen, bloß sie werden ja sehen. Ich bin genannt Herr Kretschner, bin aber in Wirklichkeit der Herzog von Braunschweig, denn mein Vater, der ist doch 66 gefallen, und da bin ich ein Jahr gewesen und vom Herzog von Braunschweig adoptiert. Ich bin also ein Geheimer von Deutschland und England. Ich bin erst anders angemeldet gewesen, dann kam der Krieg. Das konnte ich nicht mehr länger sehen. Ich bin von Gott befohlen; an mir hat's gelegen. Ich mußte ihn alle machen! Nächste Woche schließen wir Frieden. Ja, ja, es ist so weit. Mag es kosten, was es wolle! Mir glaubt doch niemand, deshalb muß ich immerfort sprechen, wenn ich auch gar nicht will, und doch muß ich da noch zufrieden sein, daß sie mich nicht ins Gesicht schlagen, wissen Sie, Herr Dr., ja, die meisten sind doch zu unerzogen. Ich habe die ganze Geheimkammer bei mir gehabt. Kaiser Wilhelm, Prinz Heinrich, wissen Sie. Er nennt sich bloß Nitschke, der Prinz Heinrich, aber ich kenne ihn doch ganz genau, der mußte doch bloß so tun. Ich bin doch Kaiser von Österreich. Sie können, wenn Sie Arzt sind, nicht alles wissen, nein, nein. Nu, ich bin doch von Gott bestimmt, ich bin doch auch der Oberarzt, Arzt über alle, über die ganzen Ärzte. Da drüben habe ich gleich die Prognose gestellt, wie sie mich gemessen haben, habe ich doch gleich gesagt: 36,5 und es hat gestimmt, sehen Sie. Ich kenne doch die Temperatur von mir. Wenn mir jeder glauben möchte, hätte ich meine Ruhe, und sie werden sehen, wer ich bin, dann werden sie staunen. Nun stecke ich schon die vierte Woche unter den Leuten, die nicht ganz normal sind und ich muß alles erdulden, ertragen und entbehren.

(Man hat Sie entbehren lassen?)

Ich sollte ja verhungern! Deswegen bin ich von 189 Pfd. auf 81 Pfd. gegen voriges Jahr gekommen. Aber ich ertrage alles, denn ich bin ja der Welterlöser und muß auch erdulden. Ich bin Christi Nachfolger.

(Wer sind Sie denn alles, man kann doch nur eins sein!)

Ich bin Christus, ich bin Gott, der Vater, der über alles herrscht und über alles gebietet und alles ist. Ich weiß alles, ich mache stets alles. Denken Sie doch, Christus war zu jung, hat alles nicht fertig gemacht. Dann kam Luther, der hat die Religion gebracht und aber nur geschrieben und hat auch nicht alles fertig machen können. Ja, ja.

(Welches Datum haben wir heute?)

Sie schreiben den 10. November, aber richtig ist erst der 8., denn ich habe das doch voriges Jahr erst angemeldet, das geht alles von mir aus, von meinem Geheimkabinett. Hier sind Vertreter von Deutschland, von Österreich, ein Russe ist auch dabei, die sind als Pfleger hier, sind dazu da, das Personal zu hetzen, daß ich nichts zu essen kriegen soll, daß ich verhungere. Aber, was sie wollen, ist doch nichts, die zwing ich zum Frieden. Die Vertretergeschichte wird vom Zivilkabinett geleitet, alles geheim, deswegen merken die Ärzte nichts davon. In der Einbaumstraße hat mir Kaiser Wilhelm, mein schöner Vetter, die Kehle nachts durchschneiden wollen, deswegen habe ich dann eine Einzelzelle bekommen. In der Nacht sind sie gekommen, zum Fenster herein, wollten mir die Kehle zuschnüren und mich zum Fenster herunterlassen. Ebenso der Hindenburg war auch so ein schlechter Hund, der hat mich vergiften wollen im Speisesaal, Hindenburg bin ich jetzt, der Generalfeldmarschall. Das hier ist mein Haus, ein Kgl. Haus. Seit dem 16. Juli vorigen Jahres regiere ich auch natürlich alles im geheimen. Der Papst hat lange gesessen neben mir, der hat

mir Brot und Gift gegeben. Das Gift war von Österreich. Ich hab' einen Bittern verlangt und da bringt mir ein Rumäne, das ist doch Österreich, Bilsenkraut, Bromkali, Zyankali und Arsenik. Schnorrt zum Schluß eine Zigarre, holt auch die Zigarrenstummel aus dem Aschenbecher zusammen.

Unaufhaltsamer, verantwortungsloser Rededrang begleitet von allerlei Gesten, Posen und Manieren. Keine Neigung, seine zahlreichen Verfolgungs- und Größenideen zu systematisieren. Gibt sich mitunter als Kaufmann, Fürst, Kaiser von Europa, Hindenburg, Christus, Gott Vater aus. Alle Einwände sucht er durch nichtssagende Erklärungen oder einfache Beteuerung, daß es eben so sei, nichtig zu machen. Äußert man trotzdem Zweifel, so wird er sichtlich gereizt und gekränkt. Seine Hauptsorge ist die Nahrungsfrage. Nörgelt, so oft er den Arzt trifft, über das Essen, ihm als Majestät, von dem alles Essen käme, stünde Kalbsbraten, Wurst, Eier, Schinken, Weißbrot zu. Ist diesbezüglichen Belehrungen gegenüber gänzlich unzugänglich. Auf der Abteilung redselig, verschroben, aber ruhig und durchaus nicht störend. Zeichnet viel in kindlicher, verschrobener Weise.

Syphilitische „Paraphrenie".

Ob sich die Abgrenzung einer eigenen paranoid gefärbten Form der Hirnsyphilis, wie Kraepelin sie versucht, aufrecht erhalten lassen wird, muß dahingestellt bleiben. Da wir die Ursachen der Paraphrenien überhaupt nicht kennen, könnten die hier in Betracht kommenden Fälle ebensowohl syphilitisch verursachte Paraphrenien sein wie auf dem zufälligen Zusammentreffen von Syphilis und Paraphrenie beruhen. Die Feststellung von Kraepelin, daß sich syphilitische Gefäßveränderungen im Gehirn auch in den Fällen nachweisen lassen, in denen körperliche Krankheitszeichen (Pupillenstörungen, Fußklonus etc., Zellvermehrung im Liquor, Wassermann) im Leben gefehlt haben, ändert an dieser prinzipiellen Möglichkeit nichts. Sicher ist aber, daß wir paranoische Wahnbildungen bei Tabikern und anderen Syphiliskranken verhältnismäßig oft antreffen.

Der Wahn beginnt bald langsam und schleichend, bald plötzlich. Die Kranken werden ängstlich, mißtrauisch, unruhig, äußern Eifersuchts-, selten Versündigungs-, häufig Größenideen. Ein Komplott will sie schädigen, jemand sitzt ihnen im Nacken und quält sie. Die Kranke trägt das Kopf- und Landesband und hat deshalb Witwengelder zu beanspruchen, die im Betrage von 25 000 Mk. auf der Regierung liegen; das Essen ist nicht ihr Essen, die Wärterinnen nehmen ihr ihr gutes Essen fort. Gehörs-, Geschmacks- und Gefühlstäuschungen sind häufig. Die Merkfähigkeit ist oft herabgesetzt. Die Stimmung wird bald als niedergeschlagen, bald als reizbar, selbstbewußt und gehoben geschildert.

Die Krankheit, die häufig mit Anfällen, Schwindel, Ohnmachten, Apoplexien einhergeht, führt in langsamer Entwicklung zu einem Zustand von Urteilslosigkeit mit immer unsinnigeren Wahnbildungen, gemütlicher Stumpfheit und Verlust an Tatkraft.

Wahnbildungen bei Paralyse.

Der Satz, daß die Paralyse jede Form von funktioneller Psychose vorzutäuschen vermag, gilt mit der allgemeinen Einschränkung, daß dieser Täuschung nur der psychiatrisch weniger erfahrene Arzt unterliegen kann, auch für manche paranoischen Formen. Die echte chronische Paranoia wird freilich in dieser Hinsicht kaum jemals Schwierigkeiten bereiten. Anders steht es mit manchen Paraphrenien und mit der Dementia phantastica. Die unsinnigen Größen- und Verfolgungsvorstellungen, die für die paranoiden Verblödungen charakteristisch

sind, können auch Paralytiker äußern. Auch die Suggestibilität ist bei beiden Krankheiten gleich groß, und höchstens kommen der Charakter der geistigen Schwäche, das sinnlose Übertrumpfenwollen und die blande Euphorie bei der Gehirnerweichung noch stärker zum Durchbruch.

Während derartige Formen fast stets einem späteren Stadium der Paralyse angehören, können paraphrene Bilder auch schon früher vorgetäuscht werden. Solche Fälle sind aber seltener. Die Kranken glauben sich dann von ihren Nachbarn verfolgt, von der Frau betrogen, hören ein „Tingeltangel" und „Nebenstimmen", sind angesteckt durch die unreinen Hände der andern. Die Wärterinnen tragen ihre Stiefel, ihre Kleider, in der Anstalt befinden sich die Fenster, die Türen, die Fußböden ihres Hauses, ihr Auge ist vertauscht und sein schönes Blau durch ein häßliches Grau ersetzt worden.

Paranoide Psychosen des Rückbildungsalters.

Die Frage der paranoiden Erkrankungen im späteren Lebensalter hat sich trotz zahlreicher Versuche, hier scharf umrissene Krankheitsbilder aufzustellen, bis heute nicht völlig klären lassen. Die Tatsache besteht, daß Wahnbildungen aller Art, und paranoide wohl noch mehr als depressive, vom 30. Lebensjahr ab immer häufiger werden; beginnen doch, wenn wir von der Dementia praecox absehen, fast alle bisher besprochenen Krankheitsbilder jenseits dieses Abschnittes. Eine andere Frage ist aber die, ob das Klimakterium und das Senium typische Krankheiten von paranoider Färbung hervorbringen. Es gibt Psychosen im Rückbildungsalter, die sich durch gewisse charakteristische paranoide Züge auszeichnen, aber möglicherweise gehen diese Fälle fließend in andere über, bei denen die Wahnbildungen unzweifelhaft nur eine ziemlich zufällige Gestaltung einer Hirnarteriosklerose oder einer senilen Rindenatrophie darstellen, während für manche andere Zustände die Frage offen gelassen werden muß, ob nicht eine von Geburt an bestehende paranoide Veranlagung im späteren Lebensalter nur eine besonders unglückliche Entwicklung genommen hat.

Alle Versuche, in die große Zahl der in den letzten Jahrzehnten vorkommenden Psychosen Ordnung zu bringen, werden heute nur tastend vorgenommen werden können. Wir besitzen bis jetzt keine sicheren Kriterien, um hier scharfe Unterscheidungen zu machen, und nicht einmal das ist sicher, daß solche Merkmale in den Wahnbildungen selbst überhaupt gesucht werden dürfen. Es sind wohl zum Teil dieselben Fälle, die wir je nach der Fragestellung entweder als Paraphrenie oder als „Involutionsparanoia" (Kleist) beschreiben, und wenn wir im folgenden den Versuch machen, einige Gruppen unter gemeinsamen Gesichtspunkten zusammenzufassen, so muß ausdrücklich bemerkt werden, daß die so umschriebenen Kreise die der Paraphrenie und der Dementia phantastica zum mindesten schneiden, wenn sie nicht überhaupt in sie hineinfallen.

Bestimmte paranoide Formen hat Gaupp aus der Gesamtheit der Depressionszustände des höheren Lebensalters unter dem Namen der depressiven klimakteriellen Erregung herausgehoben. Es handelt sich dabei um Frauen zwischen 45 und 60, bei denen nach einer kurzen einleitenden Verstimmung eine depressiv gefärbte Erregung mit lebhaftem Weinen, Jammern, Selbstanklagen, Zukunftsbefürchtungen und massenhaften Halluzinationen, aber ohne Bewußtseinstrübung eintritt. Daneben bestehen Rededrang, Ablenk-

barkeit, Ideenflucht (!). Die ängstlichen Ideen und die Selbstanklagen nehmen oft phantastischen Charakter an. Allmählich geht die Stimmung in querulierende Unzufriedenheit über, die ängstliche Erregung macht einem höhnisch ablehnenden Wesen und ironischen Bemerkungen Platz. Dann tritt häufig wieder Angst auf, in der sich phantastische Größen- und Verfolgungsideen ausbilden. Schließlich werden die Kranken stumpf, affektlos, jammern stereotyp und äußern hypochondrisch gefärbte Wahnideen, denen eine große Suggestibilität eigen ist.

Diese Fälle habe ich namentlich in Freiburg ziemlich häufig beobachtet und nach den dort gewonnenen Erfahrungen bin ich geneigt, in ihnen eine spezifisch klimakterische Psychose zu erblicken. Sie geht aber ohne für uns erkennbare Grenzen in andere Formen der Involutionspsychosen über, von denen ein Teil nicht bloß stereotypes Verhalten (Jammern), sondern auch andere katatone Züge bietet.

Manchen von diesen Fällen stehen die nahe, die neuerdings Kleist unter dem Namen der „Involutionsparanoia" abzugrenzen versucht hat. Auch hier handelt es sich fast ausschließlich um Frauen, die zwischen dem 40. und 52. Lebensjahr rein oder überwiegend mit Beeinträchtigungsideen, in der Hälfte der Fälle außerdem mit Größenvorstellungen erkranken. Die Ideen, die sich zum Teil in den Grenzen des Möglichen halten, entstehen auf dem Boden eines mißtrauischen, expansiv-depressiven Mischaffektes bei von jeher paranoid veranlagten Personen aus Mißdeutungen, Illusionen und Erinnerungsfälschungen. Dazu kommen auch hier Halluzinationen namentlich auf dem Gebiete des Gehörs. Außerdem besteht eine eigenartige Denkstörung, die Kleist auf die Verbindung von Denkhemmung mit Haften und Ideenflucht zurückführt. Das Leiden entwickelt sich bis zu einer gewissen Höhe und bleibt dann im wesentlichen stationär.

Gegen die Deutung dieser Beobachtungen durch Kleist hat sich Seelert gewandt, der Kleists Fälle zur Arteriosklerose rechnet und meint, daß sie fließend in die der späteren Lebensalter übergehen. Die Mißempfindungen, über die Kleists Kranke geklagt hätten, seien Ausdruck der organischen Erkrankung des Nervensystems, und auch das Haften sei ein spezifisch organisches Symptom.

Zu dieser Streitfrage seien die folgenden Bemerkungen gestattet. Zunächst scheint uns die Denkstörung, wie sie nicht bloß Kleist, sondern auch Gaupp analysiert haben, noch des näheren Studiums zu bedürfen. In unseren eigenen Fällen konnte man eigentlich nicht von Ideenflucht, sondern nur von einer großen Weitschweifigkeit sprechen, die zum Teil durch das Kleben der Kranken an manchen Details bedingt war. Aber auch das Haften tritt hier selten in der groben, aus der Symptomatologie schwerer organischer Krankheiten bekannten, sondern vielmehr in der eigentümlichen Form auf, die schon die Erzählungen geistesgesunder Greise so langwierig macht.

Im übrigen ist es gewiß richtig, daß zwischen Kleists Involutionsfällen und paranoid gefärbten Arteriosklerosen Übergänge vorkommen, aber man wird aus ihnen vielleicht gerade hier nicht allzu weit gehende Schlüsse ziehen dürfen. Sowohl die Involutionsparanoia von Kleist wie die paranoid gefärbten Arteriosklerosen von Seelert entstehen auf dem Boden einer besonderen, paranoid gefärbten psychopathischen Anlage. Daß die Hirnarteriosklerose bei



so disponierten Menschen verhältnismäßig häufig paranoide Symptome hervorruft, ist ohne weiteres verständlich. Daß das Klimakterium aber dieselbe Wirkung erst recht hat, ist ganz unbestritten — schon in den normalen Wechseljahren sind viele Frauen mißtrauischer als sonst, und eine gewisse paranoide Färbung ist, wie erwähnt, für die meisten Involutionsmelancholien typisch. Da wir nun nicht wissen, auf welchem Wege die Rückbildungsvorgänge psychische Störungen hervorrufen, so können wir arteriosklerotische Veränderungen für die „Involutionsparanoia" zwar nicht ausschließen, aber auch nicht behaupten. Wahrscheinlich wird sich die ganze Frage überhaupt nicht auf ein aut-aut stellen lassen. Wir wissen über die Beziehungen der Involution und speziell des weiblichen Klimakteriums zur Arteriosklerose viel zu wenig, um die Möglichkeit ablehnen zu können, daß die Hirngefäße sekundär, also unter Umständen auch erst nach längerem Verlauf der klimakterischen Psychose, in Mitleidenschaft gezogen werden.

Als ein besonderes Charakteristikum der im Rückbildungsalter auftretenden Verfolgungsideen sei noch ihre häufige sexuelle Färbung erwähnt (die übrigens vom Lebensalter abzuhängen scheint; denn wir finden sie bei allen paranoiden Psychosen des späteren Lebensalters einschließlich der Paraphrenie). Der Mann läßt sich mit Kindern, mit seiner eigenen Tochter, mit Hunden ein. Alle Welt wünscht mit der Kranken geschlechtlich zu verkehren, der Arzt (der in Wahrheit die Patellarreflexe prüfen wollte) hat ihr die Röcke hochgehoben; der Rechtsanwalt sie aufgefordert, ihn einmal zu besuchen. Der Gerichtspräsident erklärt, sie ist wirklich eine schöne Frau; der Hauswirt macht ihr unsittliche Anträge. Auch in den beiden Beispielen, die jetzt mitgeteilt sein mögen, tritt dieser charakteristische Zug der Wahnvorstellungen deutlich hervor.

Beispiel 1:

B. Sch., geb. 1846. I. Aufnahme 1897.

Frau von jeher reizbar und selbstbewußt. Geschieden. Vor 2 Jahren hätte es angefangen, daß sie nachts durch Klopfen und Rufen beunruhigt wurde. Man habe gesagt, sie solle ihre Mutter retten, es hätte sich jede Nacht wiederholt, und die Herrschaften hätten sie aus ihrer Stelle als Wirtschafterin entlassen, weil sie den Lärm nicht mehr hören wollten. Auch am Tage habe sie eine Frau Dettloff oft in ihrer Wohnung sprechen hören. Die habe häßlich von ihr geredet und Bemerkungen wie Liebhaber fallen lassen. Meint später Frau D. habe wohl eine andere Gestalt angenommen. Zeitweise nahmen Belästigungen ab, so daß die Kranke mehrere Jahre, 1898—1901, entlassen werden konnte. Zu den Stimmen traten andere Sinnestäuschungen. Man wollte ihr die Kehle zudrücken, täte ihr Gift ins Essen. Hauptsächlich aber sexuelle Anschuldigungen, in der Nacht werde ihr allerlei vorgesagt, Kleinbäcker, Großbäcker, kleiner und großer Pudel. Alles Scheußliche, was vorfalle, werde auf ihren Namen geschrieben. Führt körperliche Beschwerden, Husten, Schwindelanfälle, auf Beeinflussung zurück. Ihre Säfte werden ihr entzogen, die Sehnen seien zusammengekrochen. Mit Hilfe von Modellen wird sie ausgesogen.

Im wesentlichen unverändert bis 1915.

Beispiel 2:

Ida L., geb. 1840, aufgenommen 1903.

Klimakterium in 50er Jahren; seitdem eigenartig, Unfrieden mit den Nachbarn und Wohnungswechsel. Glaubt, daß die Leute von ihrem Fehler (Mastdarmprolaps) sprächen. In letzter Zeit dringen Verwandte und Nachbarn mit falschen Schlüsseln bei ihr ein, untersuchen sie, wollen ihre Persönlichkeit sehen, nehmen Bettfedern, Geld und dgl. fort. Seit 14 Tagen glaubt sie, daß ihr Mann mit anderen Frauenzimmern verkehrt, habe gehört, daß er ein Mädchen im Bett gehabt habe, und er halte es auch mit der eigenen Tochter.

Ihr aus Amerika geerbtes Geld habe er auch durchgebracht. Die Sache mit der Erbschaft habe sie gehört. Hört Stimmen, antwortet mit Schimpfen. Allmählich ganz unzugänglich, sitzt mit verhülltem Kopf, verkehrt nicht mit Umgebung. Bei Annäherungsversuchen sehr gereizt, schimpft. Sie solle hier gemordet werden, wie ihre Angehörigen auch gemordet seien.

Präseniler Beeinträchtigungswahn.

Zwischen den Involutions-, den arteriosklerotischen und den eigentlich senilen Psychosen würde, wenn wir uns an das Lebensalter halten, der präsenile Beeinträchtigungswahn stehen, den Kraepelin aufgestellt hat. Hierbei kommt es im 5. und 6. Jahrzehnt zur allmählichen Entwicklung kombinatorischer, vielfach wechselnder Wahnvorstellungen bei völliger Klarheit und Ordnung des Gedankenganges und Erhaltung der gemütlichen Regsamkeit. Die Krankheit beginnt mit innerer Unruhe und Mißtrauen, aus denen hypochondrische Befürchtungen und Beeinträchtigungsideen erwachsen. Kleider werden gestohlen, Gegenstände vertauscht, das Geschirr zerschlagen, das Klavier ausgewechselt, Schlösser aufgebrochen, Koffer durchwühlt, das Haus gegenüber brennt, und niemand will löschen. Des Nachts kommen Einbrecher, die Mitbewohner schnüffeln, schneiden der Kranken Gesichter, machen vor ihrer Tür Bemerkungen über sie oder klopfen am Fenster, die Dienstboten sind aufgehetzt, auf der Bahn, in der Tram befinden sich verdächtige Persönlichkeiten. Besonders häufig sind wieder Eifersuchtsideen. Der Mann läßt sich mit allen möglichen Frauenzimmern ein, wird geschlechtskrank, hat die Patientin angesteckt.

Alle Wahnvorstellungen sind ihrem speziellen Inhalt nach veränderlich. Vorübergehend zeigen die Kranken auch eine gewisse Einsicht. Zu eigentlichen Sinnestäuschungen kommt es nicht. Der Gedankengang bleibt klar und geordnet. Trotzdem werden grobe Widersprüche hingenommen. Die Stimmung schildert Kraepelin als ängstlich und unsicher, das Selbstgefühl soll zuweilen gehoben sein.

Beispiel. F. H., 56 Jahre.

Seit September werde er von den Sozialisten verfolgt, weil er dem Pfarrer mitgeteilt habe, daß in einem Hotel in M. Unsittlichkeiten getrieben würden. Jetzt wurde er überall, wohin er auch gehe, mit Erschießen bedroht. Sowie er irgendwo hinkomme, werden Verfolger telephonisch benachrichtigt. Stimmen negiert. Dafür Erinnerungstäuschungen. Erzählt Monate nach Aufnahme von einer ihm feindlichen Unterhaltung, die er in seiner Wohnung durch die Wand gehört habe. Auch in Klinik Verfolgungen. Pfleger W. habe immer ein Messer in der Tasche; eines Tages habe W. einen Spucknapf, der in der Nähe seines Bettes stand, mit dem linken Fuß langsam weiter gehoben, um einem neuen Wärter anzudeuten, in welcher Tasche das Messer stecke. — Die Unsittlichkeiten, die er angezeigt habe, hätten darin bestanden, daß ein Sozialdemokrat B. von der sozialdemokratischen Partei für jedes Mädchen 100 Mark erhalte, dem er beibrächte, wie man den Beischlaf ausführen könne, ohne geschwängert zu werden. Dafür werde dieser B. in den sozialdemokratischen Zeitungen gelobt. — Außerhalb der Wahnideen keine erhebliche Urteilschwäche. Gedächtnis gut.

Paranoide Formen der senilen Demenz.

Bei der senilen Demenz sind paranoide Auffassungen verhältnismäßig häufig. Auch wenn wir von den oft flüchtigen Größenideen, die auf dem Boden der Urteilsschwäche entstehen, und von gewissen deliranten Episoden absehen, ist die Zahl der Fälle, in denen paranoide Wahnideen notiert werden müssen, nicht klein. Allmählich, im Laufe von Jahren und Monaten, entwickeln sich

Beeinträchtigungsideen. Der Kranke ist bei einer Erbschaft betrogen worden; die Frau bringt das Geschäft absichtlich herunter, damit dem Mann für seine alten Tage nichts übrig bleibt; sein Schwager ist so galant gewesen, ihm das Geld abzunehmen, die eigenen Kinder sind von den Verwandten aufgehetzt worden und bedrohen ihn, Frau und Tochter wollen ihm ans Leben. Die Frau läßt sich mit anderen Männern ein, der Mann geht ins Bordell, hat sich mit dem Dienstmädchen eingeschlossen. Der Hausherr ist ein Kuppler; in jeder Etage stehen junge Dienstmädchen, den ganzen Tag gehen schlechte Menschen im Hause aus und ein. Des Nachts ist die Polizei gekommen und hat das Testament des Mannes gefälscht. Ein Polizeikommissar, der vor Jahren ihr Haus habe kaufen wollen, rächt sich jetzt. Die Hausbewohner schikanieren den Kranken, stellen das Nachtgeschirr auf den Flur, schlagen die Türen, lassen das Licht brennen, damit er Kosten hat. Das „ordinäre Pack" auf der Straße macht sich über ihn lustig, und die Polizei unterstützt diese Schlechtigkeit noch. Man beobachtet ihn durchs Schlüsselloch, durchschnüffelt seine Sachen, vertauscht die Kleider, Schlüssel gehen verloren, im Essen ist Gift, in der Wohnung ein schädlicher Geruch. Überall, an den Kleidern, den Möbeln, dem Geschirr, der Wand, der Decke sind Insekten, die den Patienten belästigen. Der Mann, den die Kranke kürzlich verloren hat, ist gar nicht gestorben, alles bei seinem Tode und bei seiner Beerdigung war so sonderbar, ein Bekannter sprach von „Scheintod", der Arzt, zu dem sie schickte, kam lange nicht, schließlich schnitt er an der Pulsader herum, aber wohl nicht richtig, so kam kein Blut; nachher erschienen zweideutige Artikel in der Zeitung, als wenn der Mann lebendig begraben worden sei, jetzt sei die Geistlichkeit dahinter gekommen, und nun solle die Kranke bestraft werden. Auch in der Klinik kommt dem Kranken alles „so komisch" vor, die Leute machten alle „Faxen", es könne sich wohl nur um Hypnose oder um Spiritismus handeln; die Matratzenfedern bewegen sich, wahrscheinlich sei eine Maschine darunter. — Bei fortgeschrittener Verblödung gesellen sich zu den Verfolgungs- auch Größenideen, die wohl immer aus Konfabulationen hervorgehen: die Königin Luise war da und hat der Kranken ein Kleid geschenkt, die Jungfrau Maria spricht mit ihr „durchs Telephon", Christus erscheint ihr jede Nacht als „Schattenbild"; in Berlin hat man sie ohne Bezahlung ins Mausoleum gelassen, bei den Eltern hingen viele Bilder von der königlichen Familie, das muß doch eine Bedeutung haben Die Wahnvorstellungen werden oft durch Gehörstäuschungen unterstützt, die den Kranken beschimpfen oder ihn über die Machenschaften seiner Verfolger unterrichten; auch Geruchstäuschungen und Sensationen kommen vor, den Kranken wird an den Geschlechtsteilen „herumgemacht", der Same abgezogen etc.

Beispiel 1;

W., geb. 1831. gest. 1915. Erkrankung seit 1900.

Deprimiert, weinerlich. Alle Leute verachteten ihn und hielten ihn für einen schweren Verbrecher, der seine Familie umgebracht habe und jeden, der mit ihm in Berührung komme, ins Verderben stürze. Wünscht, der Tod möchte ihn bald erlösen. Habe vor vier Wochen Selbstmordversuch gemacht. Alle Speisen, die er berühre, mache er für andere giftig. Bittet, ihn rasch zu töten und nicht etwa lebendig von Ratten auffressen zu lassen.

Einzelne seiner Umgebung hätten eine gewisse Gewalt über ihn, wüßten seine Gedanken. Fürchtet, er werde Magenkrebs bekommen, weil er darüber hat sprechen hören. Seine Angehörigen seien an seiner Überführung nach Gehlsheim schuld, sie wollten

sich sein Vermögen aneignen. Schon in Röbel habe man etwas gegen ihn vorgehabt, habe nachts, um ihn zu stören, Drehorgel gespielt. Seine Entmündigung sei ein Streich seiner Gegner. Alle Personen seiner Umgebung würden immer kälter gegen ihn.

Seine Körperwärme nähme stetig ab, das merke er an seiner Taschenuhr, die früher in der Tasche warm wurde, jetzt aber ganz kühl bleibt.

Meint, er werde vom Magistrat und seinem Vormund um sein Vermögen betrogen.

Sein Leib sei in der Nacht unheimlich aufgetrieben gewesen. Alle Speisen lösten sich in seinem Körper in Wasser auf. Fürchtet, ihm sollten Nase und Ohren abgeschnitten werden. Möchte ins Wasser gehen.

Die Kranken hätten einen Haß gegen ihn, verweigerten um seinetwillen das Essen. Seine Genitalien seien infolge des langen Nichtgebrauchs verfault, seine Unterleibsorgane seien mit dem Stuhl abgegangen, sein Mastdram verschlossen. Das Bier reize seinen Geschlechtstrieb, ebenso die II. Kl.-Kost. Sein Leib sei zum Teil schon hohl, er fühle das, wenn er sich auf die Seite lege.

Glaubt von alten Geschichten, sie könnten noch schlechte Folgen für ihn haben, weil er damals nicht recht gehandelt habe.

2. Aufnahme 1905.

Schreibt seine „Gedanken" nieder. Warnt den Med. Prakt. vor den Ärzten, die es auch mit ihm nicht gut zu meinen schienen.

Deprimiert wegen seiner Entmündigung. Beklagt sich über einen Assistenten, der Fliegen auf dem Bett geschlechtlich verkehren lasse.

Beim Spazierengehen fast nur im Frauengarten, soll den Frauen unsittliche Anträge machen. Meint beim Gottesdienst stets eine Dame zu sehen, die er schon von Berlin her kenne, deren Namen er aber nicht angeben will, da ihm das Schaden bringen könnte. Die Mitpatienten seien Juden, die ihre jüdischen Namen durch Anhängen von Buchstaben verändert hätten. Fühlt sich dauernd beobachtet, auch nachts. Alle zögen sich vor ihm zurück, man wolle ihn fortschaffen; sein Vermögen stehlen, er verbreite einen abscheulichen Geruch. Man wolle ihm seine Geliebte abspenstig machen. Meint, ein vor sich hinredender Kranker sage Anzüglichkeiten auf ihn.

Er habe nachts einen Geruch gespürt; da habe er gesagt „ich verzeihe" und eine Stimme habe geantwortet „ich höre". Bekommt Lindenblütentee, hält das für eine Andeutung, daß er bald sterben müsse; denn in Röbel führe eine Lindenallee vom Krankenhaus zum Friedhof. Kurz vor seinem Tode wollte er zum Judentum übertreten.

Bei der Aufnahme 1905: die Leute wollten ihm zu verstehen geben, er soll sich ins Wasser stürzen, einige wollten ihn zur Flucht anspornen, andere zurückhalten. Es „überkomme ihn nachts ein Hauch" (Gerüche). Durch Strömungen würden seine Gedanken gelesen. Er solle an dem Brand der Röbeler Scheuer an seinem Hochzeitstag schuldig sein.

Beispiel 2:

P., geb. 1842. Paranoida senile Psychose.

Immer schon nervös. Seit Herbst 1914 verändert, vergeßlich, nervös, gereizt, zerstreut, glaubt sich beeinträchtigt, meint, Schwiegersohn wolle ihn beiseite schaffen, erschießen lächerlich machen, geht zur Polizei und bittet um Schutzhaft. Pat. wird mit Instrumenten „nachgetrachtet", damit er sein Geld herausgeben solle. Eine Nadel hat ihn berührt, gekitzelt, wenn er zugreift, ist alles weg. Er hört ein Rutschen, das aus der Ritze in der Wand oder im Fußboden kommt. Da der Schwiegersohn die Menschen, die ihn quälen, begünstigt, so nähme er an, daß der ihn umbringen wolle. Eigentliche Stimmen höre er nicht, er habe mehr ein Empfinden, als ob es seine eigenen Gedanken wären, und vielleicht sei alles bloß Einbildung. Im kalten Winter fächelten ihn Luftzüge an, wahrscheinlich hätten seine Feinde zwei Löcher in der Wand angebracht, er hätte die Löcher aber nicht finden können. Überhaupt könne er nie etwas Bestimmtes sagen, es handle sich immer nur um Vermutungen. Auch in der Klinik werden Geräusche durch die Springfedern in die Matratzen hineingebracht. Das Sandrappieren gäbe es hier auch, d. h. Reizen der Geschlechtsteile durch Bluten im Mastdarm durch einen andern oder durch einen selbst. Gibt später an, die Maschinerie bestände aus einer Stahlspitze, die durch den Anzug bis auf die Haut und in den Mastdarm dränge, es handle sich wohl um Neckereien.

Fühlt sich von Wärtern angegriffen, von Ärzten gereizt, die Wärter wären auch an dem Sprechgeschäft beteiligt, mit dem man ihn aushorchen wolle, bietet sich an, die Rechnungen zu beaufsichtigen und die Buchführung zu leiten. Er besitze die größten Fähig-



keiten in dieser Richtung. Hat den Auftrag, dafür zu sorgen, daß die Kranken im Saal von 4 zu 4 Stunden anders gebettet werden, das sei nötig wegen der Brüche und wegen des Unterleibs und um das Geschlecht zu ordnen, behauptet von einem andern Patienten torpediert und unsichtbar durch Luftspruch beeinflußt zu werden. Behauptet, der Arzt habe seinem Sohn französische Privatstunden gegeben, er sei durch Gnade des Kaisers im Besitz großer Güter und sei vom Kaiser beauftragt, die amerikanische Geldherstellung zu übernehmen. Die Seehandlung in Berlin, mit der auch der Direktor der Anstalt in Verbindung stehe, wolle ihn betrügen, aber er werde das hindern. Gelegentlich Verwirrtheitszustände.

Haftpsychosen.

Nur ein Teil der in der Haft ausbrechenden Psychosen kann als spezifisch gelten. Viele gehören der Dementia praecox, der Epilepsie, dem manisch-depressiven Irresein, der senilen oder paralytischen Demenz und der Paranoia an. Freilich geben die Schädlichkeiten der Haft zuweilen der Symptomatologie dieser Psychosen ein besonderes Gepräge. Zweifellose Dementia praecox-Fälle und selbst epileptische Delirien leiten sich mit Erscheinungen ein, die wir bei Besprechung der eigentlichen Haftpsychosen gleich kennen lernen werden; ja selbst eine progressive Paralyse habe ich bei einem Untersuchungsgefangenen mit einem ausgesprochenen Ganserschen Dämmerzustand, eine andere bei einem Zuchthäusler mit Begnadigungswahn beginnen sehen.

Diejenigen Krankheiten, für die die Haft selbst verantwortlich gemacht werden muß, lassen sich nach dem Vorgang von Kraepelin in zwei Gruppen einteilen. Die eine umfaßt hysterisch gefärbte Zustände, die als Reaktion auf die Verhaftung im Untersuchungsgefängnis, die andere paranoische Psychosen, die vornehmlich unter dem Einfluß langfristiger Freiheitsstrafen beobachtet werden.

Von der ersten Gruppe ist bei Besprechung der „wahnhaften Einbildungen der Degenerierten“ (S. 185) und der Pseudodemenz (S. 382) ausführlich die Rede gewesen. Im Zusammenhange dieses Kapitels interessiert uns nur noch die Tatsache, daß der Gansersche Dämmerzustand häufig mit Verfolgungsideen und entsprechenden Trugwahrnehmungen einhergeht. Die krankhaften Vorstellungen pflegen aber so traumhaft zu sein und so plötzlich und reichlich aufzutauchen, daß sie mit anderen paranoiden Formen kaum verwechselt werden können.

Ganz anders sind die Psychosen, die nicht ganz selten nach mehrjährigem Aufenthalt im Zuchthaus ausbrechen. Die Kranken fangen an, über einzelne körperliche Beschwerden, Kopfweh, Schlaflosigkeit, Schwindel, Magenschmerzen, Durchfälle zu klagen, werden ziemlich plötzlich gedrückt, verschlossen, ablehnend, finster, widerspenstig, gereizt, sie essen und arbeiten nicht mehr und versuchen zuweilen einen Selbstmord.

Diese Veränderung, die sich oft an einen äußeren Anlaß, eine Disziplinarstrafe, die Ablehnung eines Begnadigungsgesuches oder eines in der Anstalt geäußerten Wunsches anschließt, zeigt fast immer das Auftreten von Gehörshalluzinationen an. Der Kalk an den Wänden beginnt zu krachen; man flüstert und spricht über den Kranken, macht ihm Vorwürfe und droht, draußen ruft man „Tursching“, das sei ein Todesruf. Dazu kommen körperliche Mißempfindungen. Im Essen ist Gift, der Arzt hat ein Pulver fallen lassen, darauf ist dem Kranken schlecht geworden, aus der Wand kommt ein übler Geruch. Elek-

trische Ströme belästigen ihn, der Patient wird durch Hypnose beeinflußt. (Im einzelnen sei auf den Abschnitt Sinnestäuschungen verwiesen.)

Parallel mit diesen Halluzinationen entwickeln sich Wahnideen. Der Körper ist durch die Haft ruiniert worden, die Zähne sind verfault, die Nerven in den Zahnwurzeln verbraucht, im Gehirn ist Eiter, in den Beinen die Wassersucht, der Kranke spürt seinen Puls und wird nächstens einen Schlaganfall bekommen, das Rückgrat ist durchbrochen, im Halse sitzen magnetische Nadeln, die aus dem Brot stammen. Im Blut sind Splitter von dem Messer, mit dem die Kartoffeln geschält werden, die machen stechende Schmerzen in Armen und Beinen. Man gießt dem Kranken Flüssigkeiten in den Mund, um ihn zu beeinflussen und seinen Leib aufzutreiben, zwischen die Speisen ist etwas gemacht worden, der Samen wird ihm abgezogen. Der Arzt behandelt ihn unrichtig, um seine Leiche für die Anatomie zu gebrauchen. Der Anstaltsdirektor hat es darauf abgesehen, ihn zugrunde zu richten. Briefe und Beschwerden werden nicht abgeschickt, die Antworten des Ministeriums unterschlagen. Die anderen Gefangenen sind aufgehetzt oder es sind Detektivs oder Henker. Man will den Patienten geisteskrank machen; er merkt bereits, wie sein Gedächtnis täglich abnimmt. Überhaupt wird er von Jugend auf verfolgt, und seine Strafen sind auf diese Machenschaften zurückzuführen. Er ist unschuldig, die Akten werden gefälscht, die Zeugen haben falsch geschworen. Der Landesfürst hat ihn begnadigt, der Gefängnisdirektor aber läßt ihn nicht fort. Der Arzt hat ein Verhältnis mit der Frau des Patienten und will ihn deshalb beiseite schaffen.

Alle diese Ideen werden bei klarem Bewußtsein unter ziemlich lebhaftem ängstlichem Affekt vorgetragen. Die Krankheit dauert Wochen oder viele Jahre. Wird der Kranke aus dem Zuchthaus entlassen, so pflegt er sich bald zu beruhigen. Eine wirkliche Berichtigung der Wahnvorstellungen erfolgt aber selten. Dafür blaßt nach Wegfall der auslösenden Schädlichkeit der Affekt ab, so daß Kraepelin in solchen Fällen mit Recht von einem Residualwahn spricht. Die Sinnestäuschungen scheinen nach der Entlassung aus der Haft regelmäßig zu verschwinden.

Bleiben die Kranken im Gefängnis, so kann ihre Erregung sie sehr gefährlich machen.

Noch einmal erwähnt seien schließlich die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten, deren Analyse wir Birnbaum verdanken, und die, wie wir früher sahen, vornehmlich in der Haft beobachtet werden. Wir haben diese flüchtigen, spielerisch vorgetragenen Wahnbildungen im allgemeinen Teil (auf S. 185) bereits erörtert und wollen hier nur noch einmal auf die Beziehungen hinweisen, die diese Formen zur Pseudologia phantastica besitzen.

Überhaupt sind die Berührungsflächen aller Haftpsychosen zu anderen endogenen Formen naturgemäß breit; je nachdem die psychopathische Anlage eine mehr hysterische, depressive oder paranoide Komponente in sich schließt, wird die Reaktion auf die Haft verschieden ausfallen. Insofern ist es ohne weiteres verständlich, daß sich zwischen dem Ganserschen und anderen hysterischen Dämmerzuständen scharfe Grenzen ebensowenig ziehen lassen wie zwischen manchen ohne Sinnestäuschungen verlaufenden chronischen Wahnbildungen bei Zuchthäuslern und dem Querulantenwahn.

Beispiel 1. F., geb. 1871.

Erkrankung 1906 im Zuchthaus Dreibergen. Plötzlicher Beginn. Das Essen sei



vergiftet. Gehörstäuschungen. Schreibt einen Brief an den Staatsanwalt, gibt ihn aber nicht ab, schimpft und wird ausfallend gegen den Arzt.

Hypochondrische Klagen.

Hat ein falsches Buch aus der Bibliothek bekommen, das geschähe, um ihn zu quälen. Man behandle ihn unrichtig, wolle ihn zum Tode bringen, um seine Leiche für medizinische Zwecke zu haben.

Meint, er habe Wassersucht.

In Dreibergen sei ihm zugerufen worden, er wolle sich umbringen, sie wollten ihn schon fortbringen. Sei durch das Essen beeinflußt, in dem Speichel der Arbeiter sei, die ohne Aufsicht das Essen verteilten.

Er sehe alle möglichen Dinge, über die er nichts sage, damit er nicht mißbraucht werde. Man gebe ihm Medizin ins Essen und ziehe ihm nachts den Samen ab.

Man gieße ihm nachts Flüssigkeiten in den Mund, um ihn zu beeinflussen und „aufzutreiben". Man gebe ihm Karbol und „Opidium" im Kaffee.

Fühlt sich von der Frauenseite beeinflußt. Meint, mit Dreibergen in Verbindung zu stehen, weil hier und dort Kinder in die Schule gehen, „die transportierten das".

Konstatiert Pulsbeschleunigung bei sich, meint deshalb, er bekäme einen Schlaganfall. Zeitweise erregt infolge von Halluzinationen.

Beispiel 2. Dementia praecox in Haft beginnend.

F., geb. 1880.

Erste Erkrankung um 1910. 1912 von Dreibergen nach Gehlsheim. Vergiftungsideen. Es werde vor der Türe schlecht von ihm gesprochen.

Befürchtet Rückenmarkslähmung, litte an Blutvergiftung; es bilde sich wohl Lungenschwindsucht bei ihm aus.

Durch Chloral sei sein Peripherienervensystem geschwächt. Dann habe er Bleiwasser und Antimon bekommen. Es sei ihm Bleiwasser und Blausäure ins Essen gemischt. Später Gerbsäure, Alaun und Thymol, „das hat mir das Blut abgetrieben". Salizylsäure, Arsenik als Schlafmittel, Pikrinsäure habe man ihm gegeben. Durch geschwefeltes Brot habe sich eine Neuralgie gebildet, Blitze vor den Augen habe er gehabt, rote Rosen, die ganze Zelle ist voll gewesen. Er habe die Geheimnisse des Sanitätsrats gewußt, und der habe gedacht, er werde ihn verraten. Meint, der Arzt meine es nicht ehrlich mit ihm. Will den Ebbinghaus nicht ausfüllen, weil er meint, man könne das gegen ihn gebrauchen; wenn er schriebe, daß er einer Ohnmacht nahe gewesen und ins Gras gefallen sei, könnte man denken, er sei krank gewesen.

Ein Mann habe ihm gestanden, er sei abgesandt, einem gewissen F. das Leben zu nehmen. Er habe die Verschwörung entdeckt und bäte, einen Polizisten zu schicken.

Es werde viel über ihn gesprochen. Sei mit vielen Leuten elektrisch verbunden. Es würden ihm nachts „Renten" versprochen. Verlangt wiederholt Essen 2. Klasse.

Durch die Renten sei er imstande, weit zu hören und zu sehen, sich an andern zu „messen". Lächelt überlegen. wenn der Arzt kommt. Behauptet, Turbelbazillen und Trichinen zu haben. Hört drohende, ausfallende Worte, geschlechtliche Schweinereien.

Unterschreibt sich unter Briefen als Otto von Leixter, mit der Begründung, alle Briefe mit seinem gewöhnlichen Namen würden unterschlagen.

Steht lange Zeit still und unbeteiligt herum. Schilt gegen ihn belästigende Stimmen, die deutsch und englisch sprechen.

Verfolgungswahn der Schwerhörigen.

Bekanntlich neigen viele Schwerhörige zu mißtrauischen Auffassungen. Sie sind geneigt, Gespräche ihrer Umgebung, Gesten, Gelächter und dergleichen auf sich zu beziehen und gelangen so zu einer Reizbarkeit, die gelegentlich dem ursprünglich unbegründeten Mißtrauen wirkliche Nahrung verschafft.

Trifft, wie nicht selten, die Schwerhörigkeit zufällig oder aus innerer Ursache mit einer psychopathischen Anlage oder mit arteriosklerotischen Rindenveränderungen zusammen, so können sich diese Erscheinungen zu einem ausgesprochenen Verfolgungswahn verdichten. Die Kranken bemerken, daß man

über sie spricht, sich Zeichen macht, sie auf alle Weise zu schädigen, zu reizen, auszuschalten und zu benachteiligen sucht. Die Geräusche im Ohr, an denen viele Schwerhörige leiden, werden illusionär verfälscht, man macht Lärm, pfeift, zischt, wirft die Türen, um den Kranken zu ärgern. Oft treten auch wirkliche Stimmen auf, deren Inhalt den Verfolgungsideen entnommen wird; man macht den Kranken Vorwürfe, schimpft über sie, bedroht sie.

Die Stimmung ist unsicher, argwöhnisch, aber häufig auch traurig und ängstlich; die meisten Kranken ziehen sich von aller Welt zurück.

Im ganzen überschreiten die krankhaften Vorstellungen das, was man unter ähnlich ungünstigen Umständen als überwertige Ideen auftreten sieht, nicht häufig — ebenso wie die Sinnestäuschungen über illusionäre Verkennungen selten hinausgehen. Aber auch wo ausgesprochene Wahnvorstellungen und wirkliche Stimmen auftreten, ist fast immer eine gewisse Besserung infolge äußerer Ruhe und geeigneter psychischer Behandlung möglich, und recht oft gewinnen auch solche Kranke wenigstens vorübergehend für die von ihnen geäußerten Ideen eine gewisse Einsicht.

Bei der Diagnose darf selbstverständlich der Nachweis der Schwerhörigkeit die Möglichkeit anderer paranoider Erkrankungen nicht von vornherein ausschließen.

Wahnbildungen bei der Epilepsie.

Wahnbildungen von paranoider Färbung beobachten wir auch bei Epileptikern nicht ganz selten. Aus doppeltem Anlaß. Einmal führen gelegentlich die Reizbarkeit und der Egoismus zu gewissen mißtrauischen Auffassungen, die sich namentlich bei alten Anstaltsinsassen gegen die Ärzte und das Pflegepersonal richten, aber niemals über den Charakter von überwertigen Ideen hinausgehen. Häufiger hinterlassen episodische Bewußtseinsveränderungen Verfolgungsideen. Diese Bewußtseinsstörungen brauchen nicht immer in einer ausgesprochenen deliriösen Verwirrtheit zu bestehen, leichte „Verstimmungen" genügen, und ausnahmsweise ergibt eine genaue Analyse sogar völlige Besonnenheit. Stets aber hängen die Wahnvorstellungen in solchen Fällen von Sinnestäuschungen ab. Der Kranke hört seinen Namen rufen, wird beschimpft und bedroht, schmeckt Gift, Blut, Menschenfleisch im Essen, wird an seinem Körper belästigt, sieht den Teufel erscheinen; man will ihn umbringen, metzgern, lebendig verbrennen, ertränken, die Kinder werden gemartert, die Frau wird vergewaltigt. Nach einigen Tagen ist gewöhnlich alles beendet, der Patient gewinnt volle Einsicht und begreift nicht, wie er zu seinen „Einbildungen" gekommen ist. Ist die Persönlichkeit aber schon schwer erkrankt und das Urteil erheblich mitbetroffen, so können einzelne Wahnvorstellungen festgehalten werden (Residualwahn), ohne daß es zu einem weiteren Ausbau käme.

Einen anderen Verlauf nehmen zuweilen die Wahnbildungen, die von vornherein ohne nachweisbare Bewußtseinstrübung auftreten. Hier bestehen die Gehörstäuschungen und damit die Verfolgungsideen durch Wochen und Monate fort, und die Berichtigung der Wahnvorstellungen wird gerade dadurch erschwert, daß die Patienten nicht einer abgeschlossenen und auch für ihr Erkennungsvermögen krankhaften Episode gegenüber stehen. Immerhin kommt es auch dabei nicht oft zu einem Residualwahn.

Paranoide Alkoholpsychosen.

Mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit treten Verfolgungsideen bei manchen Alkoholpsychosen auf. Beim halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker (Halluzinose, Wernicke) — übrigens der einzigen Psychose, die man allenfalls als akute Paranoia bezeichnen könnte — entwickelt sich auf Grund von Gehörstäuschungen ein zusammenhängender Verfolgungswahn bei nahezu völliger Klarheit des Bewußtseins[1]). Die Krankheit beginnt fast immer plötzlich, und nur in manchen Fällen werden die schweren Krankheitserscheinungen durch unbestimmte Prodrome (Verstimmung, Erschwerung des Denkens, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit) eingeleitet. Dann treten, und zwar gewöhnlich mit großer Lebhaftigkeit, Gehörstäuschungen auf — Täuschungen der übrigen Sinne, speziell auch des Gesichtes sind selten —; die Patienten hören telephonieren, man macht ihnen Mitteilungen, spricht über sie, droht, verabredet einen Überfall, eine Hinrichtung. An die Sinnestäuschungen knüpfen sich Wahnbildungen, die sich nicht selten so sehr im Bereich des an sich Möglichen halten, daß sich Wahres und Falsches nicht ohne weiteres unterscheiden lassen. Es handelt sich im wesentlichen um Erklärungsideen; die Patienten suchen ihre krankhaften Erlebnisse mit ihren übrigen Erfahrungen in Zusammenhang zu bringen; die Stimmen kommen aus dem Telephon, die Wand muß hohl sein, die Feinde sind von einem übelwollenden Nachbar angestiftet worden, die Frau will den Kranken los sein. Größenideen sind selten, nur zuweilen tritt die Idee auf, große Erfindungen gemacht zu haben, viel Geld zu besitzen etc.

Das Wahnsystem ist stets oberflächlich und wird im einzelnen nicht festgehalten. So lange die Krankheit besteht, lassen sich aber die Patienten auch durch die handgreiflichsten Beweise des Gegenteils von ihren Ideen nicht abbringen. Die örtliche Orientierung bleibt erhalten; die Kranken sind besonnen und besitzen äußerlich so viel Haltung, daß sie nicht selten noch wochenlang ihren Geschäften nachgehen, ohne gröblich aufzufallen. Die Stimmung ist zumeist ängstlich und wird wie bei den meisten Alkoholformen oft durch einen gewaltsam zur Schau getragenen Humor zu verdecken versucht. Hinsichtlich des Verlaufs unterscheidet Kraepelin eine akute und eine subakute Form, die allerdings ineinander übergehen. Bei der ersten tritt nach zwei bis drei Wochen Heilung ein, und zwar um so eher, je mehr sich das Bild der Psychose dem des Delirs nähert (Bonhoeffer). Bei der anderen dauert es Wochen oder Monate, bis es zur Genesung kommt. Die Heilung ist so gut wie immer eine vollständige, die Stimmen treten zurück und bleiben schließlich ganz aus, die Wahnbildungen werden restlos berichtigt. Im Gegensatz zum Delirium ist die Erinnerung der Kranken an das, was sie während der Psychose erlebt haben, durchweg gut.

Ganz anders ist der Verlauf einer chronischen und unheilbaren Seelenstörung, der chronischen Alkoholparanoia oder des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker (Kraepelin). Auch hier entstehen die Wahnvorstellungen gewöhnlich rasch, und zwar zumeist im Anschluß an ein Delirium in der Weise, daß die Vorstellungen des Delirs nicht aufgegeben, sondern in

[1]) Daß ganz ähnliche Zustandsbilder auch nach anderen Vergiftungen und nach Infektionen vorkommen, ist mehrfach erwähnt worden.



einen chronischen Zustand geistigen Defektes hinübergenommen werden. Die Wahnideen zeichnen sich durch ihre Urteilslosigkeit aus und beziehen sich häufig auf sexuelle Verfolgungen; die Kranken werden von den Juden, von Katholiken verfolgt, hypnotisiert, spüren Gift im Essen, werden geschlechtskrank gemacht, sie haben das große Los gewonnen, phantastische Erfindungen gemacht. Von anderen paranoiden Formen unterscheidet sich diese durch die geringe Aktivität, mit der die Kranken auf ihre Ideen reagieren. Dem entspricht es, daß die Wahnideen in manchen Fällen zwar nicht aufgegeben werden, aber abblassen. Das Ergebnis ist ein Zustand einfachen alkoholistischen Schwachsinns, wie er auch auf anderem Wege, nämlich in allmählicher Entwicklung, ohne daß überhaupt je Wahnbildungen auftreten, erreicht werden kann.

Eine andere, letzte Form ist der bekanntlich nicht seltene Eifersuchtswahn der Trinker, der sich auf dem Boden der einfachen alkoholistischen Degeneration gewöhnlich allmählich entwickelt. Die Kranken beschuldigen — zunächst häufig nur in der Absicht brutaler Beschimpfung — ihre Frauen der ehelichen Untreue, dann machen sie allmählich Beobachtungen, die sie in diesem Verdacht bestärken; das Sofa, das Bett zeigen Spuren unerlaubten Verkehrs, die Haustür hat geknarrt, unter dem Bett hat sich jemand versteckt; Männer gehen im Hause aus und ein, die Kinder sehen einem anderen Manne ähnlich, die Frau ist rot geworden, hat Ausflüchte gemacht, beim Kommen des Mannes rasch etwas versteckt, sie gibt Zeichen über die Straße, sucht überall anzubandeln. Selten gelangen die Wahnbildungen über diesen engen Kreis von Verfolgungsideen hinaus.

Auch der Eifersuchtswahn ist eine ausgesprochen chronische Störung. Aber auch hier kommt es vor, daß die Kranken bei fortgesetztem Trinken immer energieloser und gleichgültiger werden und nicht mehr mit Nachdruck auf ihren Wahnbildungen bestehen und für sie eintreten, wenn sie sie auch niemals ganz aufgeben.

Daß die Entstehung des Eifersuchtswahns aus der durch den Alkoholismus herbeigeführten Verringerung der sexuellen Leistungsfähigkeit auf der einen und aus den mißlichen Familienverhältnissen in den Trinkerfamilien auf der anderen Seite erklärt werden könnte, wie man das früher geglaubt hat, ist heute nicht mehr wahrscheinlich. Richtig ist aber, daß sich die gegen die Frau gerichteten Behauptungen angesichts dieser Familienverhältnisse oft schwer widerlegen lassen. Selbstverständlich ist der Ehebruch bei den Frauen verkommener Säufer tatsächlich häufiger und eher zu begreifen als unter anderen Umständen, und insofern ist es oft nicht leicht, über die Realität des von dem Kranken Vorgetragenen richtig zu urteilen.

Kokainwahnsinn.

Der Kokainwahnsinn steht in seinen Erscheinungen der Alkoholhalluzinose nahe. Auch er beginnt rasch mit reizbarer, mißtrauischer, ängstlicher Stimmung, ruhelosem und unstetem äußeren Verhalten. Die Umgebung erscheint den Kranken verändert; sie sehen allerhand unheimliche Erscheinungen, Leichname, Totenköpfe und dergleichen, hören Schimpfworte, Drohungen und Gespräche, die über sie geführt werden. Besonders charakteristisch sind gewisse Gefühlstäuschungen, die durch das Sehen von mikroskopisch kleinen Tieren (Krätzmilben, Läusen) unterstützt werden. Diesen Sinnestäuschungen entsprechen

die Wahnvorstellungen; der Kranke wird von Ungeziefer aufgefressen, er wird vom Nebenhaus durch Löcher in den Wänden überwacht und überall verleumdet; die Frau betrügt ihn, bekommt Liebesbriefe, war ihm von jeher untreu.

Manisch-depressive Wahnbildungen.

Bei Manisch-depressiven findet man paranoide Wahnbildungen auch dann ziemlich häufig, wenn man den Begriff der Krankheit verhältnismäßig eng faßt. Sie kommen, wenn auch natürlich in verschiedener Gestalt, sowohl in der Manie wie in der Melancholie und schließlich auch in manchen Mischzuständen vor.

Bei manischen Patienten finden wir am häufigsten gewisse Beeinträchtigungsideen, die sich aus dem erhöhten Selbstbewußtsein und dem Betätigungsdrange psychologisch leicht ableiten lassen. Die Kranken stoßen überall an, erregen Widerspruch, fordern beschränkende Maßnahmen heraus, provozieren unfreundliche Antworten auf eigene zudringliche und grobe Briefe, haben Zusammenstöße mit Polizisten und anderen Behörden, und da sie den Fehler nicht bei sich suchen, so führen sie alle diese Schwierigkeiten auf feindliche Einflüsse zurück. Im großen und ganzen behalten sie aber, auch wenn sie es nicht zugeben, zumeist ein gewisses Gefühl für ihr eigenes Verschulden; nur begreifen sie naturgemäß niemals, daß andere Menschen ihr Verhalten so viel tragischer nehmen als sie selbst. Fast immer kommt in den Wahnbildungen die Selbstüberschätzung zum Ausdruck. Der Kranke versteht alles besser, erkennt keine Autorität an, er soll Major werden, einen hohen Orden erhalten; ohne je das Einjährigenzeugnis erworben zu haben, ist er plötzlich zum Offizier befördert worden, hat unbeschreibliche Taten im Kriege vollbracht, Millionen Kugeln haben ihn umschwirrt. Er besitzt eine besonders schöne Figur und muß schon deshalb Karriere machen. Er wird bahnbrechende Bücher verfassen, eine ganze Wissenschaft umgestalten, sehr viel Geld verdienen. Er wird an den Kaiser schreiben, ein Mann wie er müsse das Ohr Seiner Majestät gewinnen. Alle Bekannten machen Anspielungen, daß der Patient der einzige Mann sei, der als Reichskanzler die Karre noch einmal aus dem Dreck bringen könne. Man reize ihn auch, um zu sehen, ob er ein genügend dickes Fell für die politische Betätigung habe. — Hand in Hand mit solchen Überschätzungsgedanken gehen gewöhnlich gewisse Verfolgungsideen. Wo der Kranke hinkommt, sind jüdische Ärzte, die ihn schlecht behandeln, weil sie wissen, daß er Antisemit ist. Das Geld hätten ihm die Israeliten abgenommen, jetzt käme die Ehre an die Reihe. Überall suche man ihn zu schikanieren; sogar den Tod seiner Frau habe man ihm fälschlicherweise mitgeteilt. Man könne es nicht ertragen, daß er tüchtiger sei als andere Leute und nicht so ein Waschlappen und so eine Tranliese.

Daß sich aus ähnlichen pathologischen Voraussetzungen unter besonders ungünstigen Verhältnissen und insbesondere bei gewissen chronischen Formen ausgesprochen querulatorische Zustände entwickeln können, wurde wiederholt erwähnt. In der Anstalt ist am häufigsten ein querulatorisches Nachstadium der Manie, das der Genesung vorausgeht.

Außer diesen psychologisch leicht verständlichen Zuständen kommen nun verhältnismäßig selten Episoden vor, in denen paranoide Vorstellungen aus einer mehr oder minder tiefen Bewußtseinstrübung entspringen. So

können amentiaähnliche Bilder entstehen. Es treten religiöse Vorstellungen auf, der Kranke betet, behauptet, er sei zum Tode verurteilt gewesen, aber der himmlische Vater hätte ihn begnadigt, er ist Prophet, von Gott berufen, heute Nacht ist ihm die Offenbarung geworden, daß Christus wirklich Gottes Sohn sei; beim nächsten Konklave wird er Papst werden, die Kardinäle sind schon versammelt, der Erzengel Gabriel hat ihm geweissagt. Dazu kommen Sinnestäuschungen von gewöhnlich nicht lebhaft sinnlichem Charakter. Gott, Christus, der Geist Kaiser Friedrichs, Kaiser Wilhelms sprechen mit dem Kranken. Ein massenhaftes Stimmengemurmel zeigt ihm, daß eine Volksmenge versammelt ist, um ihn zu lynchen oder zu befreien. Stimmen erteilen ihm Befehle. Er wird elektrisiert, durch Hypnose beeinflußt, körperlich mißhandelt.

Trotz dieser paranoiden Zutaten ist der manische Charakter des Zustandes stets deutlich erkennbar, und noch einmal sei betont, daß die Sinnestäuschungen nicht oft über Illusionen und lebhafte Phantasievorstellungen und die Wahnvorstellungen fast ebenso selten über ein lebhaftes Spiel der Einbildungskraft hinaus gehen. „Mein Gott, wenn nicht, dann nicht", meinte einer meiner Patienten, als man seinen Größenideen entgegentrat. Die unerschütterliche Überzeugung des echten Paranoikers oder Paraphrenen wohnt diesen Gedanken so gut wie niemals inne.

Die Frage, wie weit bei den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins paranoide Wahnbildungen vorkommen, ist deshalb nicht ganz leicht zu beantworten, weil Verfolgungsideen in den Verstimmungen des späteren Lebensalters ungleich häufiger beobachtet werden als bei jungen Leuten. Wir müssen also mit der Möglichkeit rechnen, daß eine ausgesprochen paranoide Färbung des Krankheitsbildes gerade die Zugehörigkeit zu den klimakterischen Psychosen beweist, die betreffenden Krankheiten also nicht eigentlich zum manisch-depressiven Irresein gehören. Bei Besprechung der Psychosen des Rückbildungsalters ist darauf schon hingewiesen worden. Hier sollen nur die Formen erwähnt werden, die zweifellos allen Lebensaltern eigentümlich sind. Traurig gestimmte Menschen sind schon in der Norm häufig geneigt, sich von aller Welt zurückzuziehen und jeden harmlosen Blick, jede gut gemeinte Frage als Zudringlichkeit aufzufassen. Viele glauben, man wolle sich über ihren Schmerz lustig machen, sich an ihrem Unglück weiden, sie immer noch weiter quälen. Alles das finden wir bei krankhaften Depressionen auch, die Versündigungsideen führen zu der Auffassung, daß man mit einem so schlechten Menschen nichts zu tun haben möchte, ihn verachtet, ihm ausweicht, nicht grüßt, ihn nicht mehr im Hause, im Geschäft, im Amt dulden will. So kommt es zu allerhand illusionären Verkennungen und wahnhaften Deutungen. Man macht Andeutungen, steckt die Köpfe zusammen, bricht im Gespräch ab, steht auf, wenn der Kranke kommt. Vor dem Hause steht ein Polizist, der Staatsanwalt hat sich schon nach ihm umgesehen. Treten noch Sinnestäuschungen auf oder trübt die Angst das Bewußtsein, so nehmen auch diese Wahnbildungen auffallendere Formen an; die Anstalt ist ein Zuchthaus, die Briefe sind gefälscht, auf dem Korridor wird ein Schaffot errichtet, im Keller werden die Kinder gemartert.

In reinen Fällen wird jedoch die Erkennung des melancholischen Grundzustandes durch diese paranoiden Auffassungen kaum erheblich erschwert.



XI. Psychopathische Konstitutionen, abnorme Reaktionen und angeborene geistige Schwächezustände.

Die Krankheitszustände, über die dieses Kapitel eine Übersicht geben soll, sind ihrer Entstehung und ihrem Wesen nach wenig einheitlich. Sie umfassen ätiologisch betrachtet endogene, durch Vererbung entstandene abnorme Veranlagungen sowohl wie Keimvergiftungen und manche in frühester Kindheit erworbene Gehirnkrankheiten; ihre Pathogenese spielt sich nur zum Teil primär im Gehirn ab, das in anderen Fällen durch Störungen der inneren Sekretion erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen wird; und die sehr bunten klinischen Formen endlich, die uns hier entgegentreten werden, verbindet als einziges gemeinsames Band die seelische Minderwertigkeit der Patienten, die bald auf intellektueller Schwäche, bald auf Willensstörungen, bald auf Gefühlsanomalien beruht.

Die feinere Symptomatologie dieser Störungen ist im allgemeinen Teil an verschiedenen Stellen ausführlich behandelt worden, so daß uns hier nur eine Nachlese übrig bleibt, die mehr früher Gesagtes zusammenfassen als neue Tatsachen darstellen soll. Scharf umschriebene Krankheitsformen lassen sich auf dem Gebiete der psychopathischen Konstitutionen noch weniger abgrenzen als auf dem der funktionellen Psychosen, die unmittelbar und ohne jeden Grenzwall in jene übergehen, durch die schärfere Ausprägung der Symptome aber klassifikatorischen Bestrebungen immer noch weniger Widerstand entgegensetzen als die psychopathischen Zustände selbst.

Psychopathische Konstitutionen.

Hysterie.

Von den psychopathischen Zuständen haben wir eine große Gruppe, die der hysterischen Charakterveränderungen, in einem eigenen Kapitel ausführlich besprochen. Die Zusammenfassung dieser Krankheitserscheinungen darf aber nicht dahin mißverstanden werden, daß einzelne hysterische Charakterzüge nicht auch bei Psychopathen vorkämen, deren Gesamtzustand im wesentlichen durch andere Krankheitssymptome charakterisiert wird. Noch mehr als für das manische und das melancholische Syndrom etwa gilt für den hysterischen Charakter der Satz, daß seine Grundzüge schon mit den Eigentümlichkeiten des normalen Seelenlebens durch fließende Übergänge verbunden sind und daß sie sich dementsprechend erst recht in allen möglichen Formen und Graden mit anderen konstitutionellen Störungen vermischen.

Einzelne Unterformen der Psychopathie, die man herkömmlicherweise von der Hysterie abzugrenzen versucht, verdanken ihre Sonderstellung in der literarischen Behandlung überhaupt mehr sozialen Erwägungen — als Beispiel sei die früher (S. 93) ausführlich erörterte Pseudologia phantastica genannt, die sich aus rein hysterischen Charakterzügen zusammensetzt und sich nur durch die mehr zufällige Wirkung dieser Symptome praktisch von anderen Hysteriefällen unterscheidet.

Haltlose.

Auch die „Haltlosen" (Kraepelin), die man als eine besondere Gruppe darzustellen pflegt, stehen den Hysterischen und unter ihnen gerade den Pseudologisten in vieler Hinsicht nahe. In anderen Fällen verschiebt sich allerdings das Bild mehr nach der Richtung der Debilität, und in allen tritt neben den hysterischen Charakterveränderungen bez. den intellektuellen Defekten die Willensschwäche als ein wichtiges Hauptsymptom hervor. Es sind das die Kranken, deren Verstandesleistungen bei experimenteller Prüfung durchaus gut zu sein scheinen, und die durch ihre sozialen Mißerfolge doch immer wieder den Eindruck des Schwachsinns erwecken. Der Grund liegt eben in der eigentümlichen Schwäche ihres Willens, der nicht einmal zu vorübergehender Konzentration der Aufmerksamkeit ausreicht und dementsprechend erst recht versagt, wenn durch längere Zeit Unbequemlichkeiten oder gar Strapazen ertragen werden sollen. Infolgedessen erwerben sich die Patienten trotz guter Auffassung und häufig vorzüglicher Merkfähigkeit nur oberflächliche und wenig systematische Kenntnisse, und wenn sie infolge ihrer geistigen Beweglichkeit und einer häufig vorhandenen sprachlichen Gewandtheit bei Fernerstehenden auch zuweilen den Eindruck einer guten Begabung erwecken, so scheitern sie doch regelmäßig, sobald bei irgend einer Gelegenheit ernstes Nachdenken, zielbewußte Arbeit oder auch nur regelmäßige Pflichterfüllung gefordert werden. Deshalb finden sich in dieser Gruppe so viele „verkannte Genies".

Ebenso einschneidend wie auf die Lebensführung ist die Wirkung der Willensschwäche auf die gemütlichen Beziehungen der Kranken zur Außenwelt. Die meisten sind gewöhnlich sehr mit sich zufrieden, trauen sich viel zu und schätzen die Schwierigkeiten irgend einer neuen Situation gering ein. So nehmen sie Stellungen an, die ihnen im Anfang ausgezeichnet gefallen, und über die sie ihren Eltern z. B. nur Gutes zu berichten wissen. Nach kurzer Zeit aber sind sie, wenn sie nicht schon vorher wieder fortgeschickt worden waren, ernüchtert. Das Einhalten der Geschäftsstunden, das frühe Aufstehen in der Landwirtschaft, die strenge Disziplin bei einer Behörde erscheinen ihnen unerträglich, und so geben sie die Stellung ebenso leichtmütig wieder auf, wie sie sie angetreten hatten. Sind die Eltern und Erzieher streng und konsequent, so kann die Störung in leichten Fällen dadurch einigermaßen ausgeglichen werden. Häufig genug wird sie durch eine zu große Nachgiebigkeit der Familie verstärkt und so für das ganze Leben unheilbar gemacht. Als eine besondere Gefahr erweist sich dabei außer der dialektischen Gewandtheit häufig die große Liebenswürdigkeit der Kranken, die ihre Umgebung „leicht zu nehmen", den Eltern die Schwierigkeiten der gegenwärtigen Stellung in lebhaften Farben zu schildern und sie so immer wieder zu überzeugen wissen, daß nicht sie die Schuld an ihren fortgesetzten Mißerfolgen tragen; auch auf kleine Unwahrheiten kommt

es ihnen dabei nicht an. Fällt dann schließlich in vorgerückten Jahren der Halt durch die Familie ganz fort oder entzieht sich der Kranke diesem Einfluß wie so häufig frühzeitig durch die Flucht, so ist sein soziales Schicksal besiegelt. Er sinkt immer tiefer und endet nach zahlreichen fehlgeschlagenen Versuchen, wenn nicht durch Selbstmord, als der lästige Pensionär eines besser gestellten Verwandten, als faulenzender Biertischphilister, als Bettler, Landstreicher oder auch als Dieb. Dabei kommen freilich zu der Unfähigkeit, ernst zu arbeiten, noch die gewöhnlich sehr ausgeprägte Selbstsucht und die geringe Widerstandskraft Verführungen gegenüber: die Kranken vermögen mit Geld nicht hauszuhalten, weil sie sich jeden Wunsch erfüllen, sich alles kaufen, was ihnen gefällt, und nicht einsehen wollen, daß sie nicht dieselben Ansprüche an das Leben stellen dürfen, wie ihre in einem Beruf stehenden Brüder und Kameraden. Weibliche Patienten dieser Gruppe werden dadurch nicht selten der Prostitution zugeführt. Auch dem Alkohol fallen viele Kranke zum Opfer — „Warum schmeckt der Schnaps so gut!"" hat mir einmal einer gesagt. Oft genug wird endlich der soziale Abstieg noch durch Ausbeutungen durch andere beschleunigt. Die Kranken lassen sich bestimmen, ihr kleines Vermögen in zweifelhafte Unternehmungen zu stecken, sich an anrüchigen Geschäften zu beteiligen, oder sie fallen in ihrem Optimismus auf plumpe Schwindel wie amerikanische Millionenerbschaften und dergleichen hinein; Mädchen geraten in die Hände eines Zuhälters oder einer Bordellwirtin und bringen die Energie nicht auf, sich daraus zu befreien.

Affektepilepsie.

Ein anderer Typus der psychopathischen Minderwertigkeit ist der, den wir bei Erörterung der Affektepilepsie und der poriomanischen und dipsomanischen Zustände zu schildern versucht haben. Ein Teil dieser Kranken steht seinen intellektuellen Anlagen nach den Haltlosen nahe; andere sind in ihren ruhigen Zeiten intellektuell viel brauchbarer und so können sie, wenn die gemütlichen Schwankungen ihres Befindens einmal längere Zeit ausbleiben, sich auch sozial ziemlich lange auf der Höhe halten. Im ganzen ist aber auch ihr Leben unstät und unregelmäßig, nur daß die Ausschläge ihrer Schicksalskurve größer zu sein pflegen. Ein Kranker, der durch ein, zwei Jahre hindurch Vorzügliches geleistet hat, wird plötzlich verstimmt, verläßt mit oder ohne Kündigung seine Stellung und treibt sich nun mehr oder minder lange Zeit planlos in der Welt herum. Daß in diesen Zuständen wiederholt pseudologistische oder sonstige hysterische Charakterzüge zutage treten, wurde früher erwähnt. In anderen Fällen nehmen sie mehr den mißmutigen und geladenen Grundzug an, der für manche epileptische Verstimmungen so charakteristisch ist. Häufig schließen sich die Verstimmungen an äußere Anlässe an, entsprechend der Tatsache, daß die Kranken auch sonst affektiv sehr erregbar und insbesondere überaus empfindlich zu sein pflegen. Zuweilen besteht eine gewisse innere Unruhe, die sie zum Wandern treibt, auch dauernd; „sobald ich eine neue Stelle habe", hat mir ein Patient gesagt, „und wenn sie mir auch noch so gut gefällt, so muß ich sofort mit dem Gedanken kämpfen, wie ich wieder fort könnte". Oft sind sich die Kranken aber auch über ihren Seelenzustand nicht klar und erklären ihre unstete Lebensführung mit dem Wunsch, „die Welt" kennen zu lernen und dergleichen. — Bei den Dipsomanen wird übrigens

recht häufig das Grundleiden durch die gleichzeitige Entwicklung eines chronischen Alkoholmißbrauchs kompliziert.

Triebmenschen.

Epileptischen Bewußtseinstrübungen noch näher als manche von den eben besprochenen Zuständen stehen gewisse impulsive Handlungen (S. 266), von denen wir früher insbesondere die Pyromanie und die Kleptomanie erwähnt haben. Auch manche Anfälle von plötzlicher sinnloser Verschwendung müssen vielleicht hierher gerechnet werden. Im ganzen ist die klinische Stellung dieser „Triebmenschen", wie wir früher sahen, noch durchaus unklar.

Streitsüchtige.

Viel besser gekannt sind die von Kraepelin als erregbar oder streitsüchtig bezeichneten Psychopathen. Bei manchen von ihnen kommt es nicht zu tiefen Bewußtseinstrübungen, und dazu hängen ihre Stimmungsschwankungen regelmäßig von äußeren Erlebnissen ab; trotzdem bestehen auch hier Beziehungen zur Affektepilepsie, und namentlich pathologische Rauschzustände sind bei diesen Leuten recht häufig. Vielleicht noch mehr als zu epileptoiden neigen sie übrigens zu psychogenen Dämmerzuständen, die sich besonders gern an die Verhaftung anschließen. Immerhin sind das alles Begleitsymptome, die auch fehlen können; bezeichnend für diese Gruppe ist nur die oft enorme Affekterregbarkeit. Minimale Anlässe genügen, um die Kranken in sinnlose Wut zu versetzen und sie jede Rücksicht auch auf ihre eigene Zukunft vergessen zu lassen. Während des Weltkrieges haben wir diesen Typus in den unerfreulichsten Formen tagtäglich beobachtet. Ein unfreundlicher Blick eines Vorgesetzten, ein harmloses Wort eines Kameraden, eine angebliche Ungerechtigkeit bei der Essensausgabe lösen schwere und langdauernde Affekte aus, in denen oft genug auch rohe Gewalttaten begangen werden. Einer meiner Kranken hat in einem solchen Zustande einen Unteroffizier, dessen wohlwollende Gesinnung er selbst betonte, wegen eines einzigen dienstlichen Verweises sofort erstochen. Ein anderer wurde an der Ermordung einer Müllersfrau, die ihn wegen seines groben und rücksichtslosen Benehmens bei seiner Kompagnie denunziert hatte, nur durch das Eingreifen eines dritten verhindert. Charakteristisch war dabei, daß der erste Kranke sofort in der ersten Aufwallung handelte und seine Tat schon wenige Stnnden später bereute, während der zweite erst nach einer Reaktionszeit von mehreren Stunden an die Ausführung des inzwischen gefaßten Planes schritt und noch nach Wochen, nachdem er sich längst im Gefängnis befand, immer wieder erklärte, es täte ihm nur leid, daß er sein Ziel nicht erreicht hätte.

Es ist klar, daß sich diese Menschen nicht disziplinieren lassen, und in der Tat steht ihnen die Gesellschaft — und zwar nicht nur während des Krieges — ziemlich hilflos gegenüber. Schon die Erziehung erreicht in schweren Fällen so gut wie gar nichts; und ebensowenig vermögen die sozialen Mißerfolge, die natürlich auch bei guter intellektueller Begabung nicht ausbleiben können, den Kranken für die Zukunft zu ändern. Ein flüchtig aufflackernder Verdacht gegen die Braut oder Frau läßt sofort eine sinnlose Eifersucht entstehen, ein kleiner geschäftlicher Mißerfolg, die geringste dienstliche Schwierigkeit treiben den Kranken zum Suizid.

Gesellschaftsfeinde. Moral insanity.

Während sich bei einem Teil dieser Kranken in ruhigen Zeiten ein normales moralisches Empfinden nachweisen läßt, sind andere dauernd ethisch defekt, und diese Fälle bilden dann den Übergang zu den Gesellschaftsfeinden (Kraepelin) und zu den Persönlichkeiten, die zu der Lehre von der moral insanity Veranlassung gegeben haben. Reine Fälle dieser Art sind, wie wir sahen, intellektuell in der Tat vollwertig, und nur das Gefühlsleben ist bei ihnen in spezifischer Weise verkümmert. Diese Kranken kennen nur ihre eigenen Interessen und lehnen altruistische Gesichtspunkte von früh auf, zuerst ohne, später häufig mit ausführlicher Begründung, ab. „Alles das ist Schwindel und Getue", hat mir ein junger Mann aus gutem Hause einmal gesagt, „die Leute machen sich alle nur etwas vor. Meine Eltern denken nicht daran, mich lieb zu haben, sie wollen nur damit renommieren, daß ich etwas in der Welt erreiche. Kein Mensch handelt außer aus Egoismus, und ich bin bloß ehrlicher als andere". Häufig werden solche Ideen mit Zitaten aus philosophischen Schriften oder wenigstens mit Redensarten vom Übermenschentum und dergleichen verbrämt, und ziemlich regelmäßig kehrt das Argument wieder, daß doch die Gründe, aus denen die Eltern den Sohn in die Welt gesetzt hätten, nicht geeignet wären, ihm Verpflichtungen gegen sie aufzuerlegen.

So typische Fälle, in denen die intellektuelle Begabung wirklich recht gut ist, sind jedoch sehr selten. Viel häufiger ist ein Überwiegen der moralischen Mängel bei gleichzeitiger Debilität. Das ist die Formel, die für einen großen Teil der eigentlichen Gewohnheitsverbrecher zutrifft. Es kann hier ununtersucht bleiben, wie weit diese Defekte durch erbliche Einflüsse oder aber durch das Milieu und insbesondere die Erziehung zustande kommen. Sicher ist, daß ein großer Teil der Gewohnheitsverbrecher — und für die Prostituierten gilt dasselbe in verstärktem Maße — von Haus aus auch intellektuell minderwertig ist. Schon die Gedächtnisleistungen sind häufig sehr dürftig; für die Lebensführung entscheidender ist aber die Urteilsschwäche, die den Gewohnheitsverbrechern fast niemals erlaubt, das richtige Verhältnis zu ihrer Straftat zu gewinnen und ihre Zukunftsaussichten zutreffend zu beurteilen. Im auffallenden Widerspruch zu der Tatsache, daß die überwiegende Mehrzahl der mit Zuchthaus oder Gefängnis Bestraften später rückfällig wird, steht die ehrliche Überzeugung der allermeisten Sträflinge, nach der Entlassung nicht wieder straffällig zu werden.

Daß diese Leute selten zu einem wirklichen Mitgefühl mit ihrem Opfer und noch weniger zu einem eigentlichen Verständnis für die Notwendigkeit der Strafe vom Standpunkt des allgemeinen Rechtsgefühls gelangen, hängt ja zum Teil auch mit ihrem ethischen Defekt zusammen. In dieser Hinsicht lassen sich „die" Verbrecher nicht einheitlich darstellen. Es muß einer späteren monographischen Durcharbeitung des Materials, für die bisher nur einzelne Ansätze vorliegen, vorbehalten werden, hier einzelne Gruppen wie die der Mörder, der Sittlichkeitsverbrecher usf. gesondert zu untersuchen. Nur ein Teil dieser Individuen fällt durch seine Brutalität auf; andere sind im Gegenteil eher sentimental, so daß unerfahrene Beobachter vielen Verbrechern während der Strafzeit ihre Delikte niemals zutrauen würden. Was selten fehlt, ist dagegen ein ausgesprochener Egoismus. Nur wird der egozentrische Standpunkt

nicht immer in so brutaler und rücksichtsloser Form vertreten, wie wir das soeben bei der eigentlichen moral insanity kennen gelernt haben. Ein bestimmter Typus von leicht debilen Verbrechern vertritt die selbstsüchtige Lebensauffassung mit ähnlicher Gradlinigkeit und Naivität, und man kann fast sagen: mit derselben Liebenswürdigkeit, die bei kleinen Kindern noch als normal gelten darf. Auf schwere Fälle dieser Art ist bei der Besprechung des angeborenen Schwachsinns im allgemeinen Teil ausdrücklich hingewiesen worden.

Verschrobene.

Schließlich haben wir einen weiteren eigenartigen Typus des Psychasthenikers in den Verschrobenen vor uns, die uns differentialdiagnostisch wiederholt, z. B. bei der Besprechung der paranoischen Erkrankungen und der Dementia praecox, beschäftigt haben. Die Beziehungen namentlich zu den jugendlichen Verblödungsprozessen sind nicht ganz einfach zu beurteilen. Sicher ist, daß sich derartige Sonderlinge in den Familien von Schizophrenen häufig finden, so daß sich ihre Eigentümlichkeiten dann recht wohl als Folge eines früher überstandenen Schubes von Dementia praecox beziehungsweise als Ausdruck einer abortiven Form dieser Krankheit deuten ließen. Es gibt aber auch Familien, in denen sich nur Verschrobene und keine Schizophrenen finden, und bei ihren Mitgliedern weichen dann insbesondere die gemütlichen Eigenschaften von dem Verhalten der Schizophrenen recht weit ab. So kann an der Sonderstellung dieser Zustände und an ihrer rein endogenen Entstehung doch wohl nicht gezweifelt werden. Hinsichtlich der Symptomatologie sei dem früher Ausgeführten hinzugefügt, daß eine Reihe von pathologischen Erfindern, Weltbeglückern, Religionsstiftern und Phantasten zu dieser Gruppe gehört oder ihr wenigstens nahe steht. Vielfach mischen sich dann in die Züge der eigentlichen Verschrobenheit noch hysterische oder manische Charaktereinschläge oder aber psychogene Reaktionen.

Konstitutionell Nervöse.

Schließlich sei noch die konstitutionelle Nervosität etwas ausführlicher besprochen. Auch diese Besprechung wird dadurch erschwert, daß sie sehr verschiedenartige Fälle berücksichtigen muß, deren jeder eine besondere Färbung besitzt, und deren gemeinsame Eigentümlichkeit eigentlich nur in dem angeborenen Mangel an nervöser Widerstandskraft besteht. Man hat immer wieder versucht, das Wesen dieser konstitutionell nervösen Zustände auf eine kurze Formel zu bringen. Die bekannteste ist die, die den Nachdruck auf den Mangel an psychischem Ebenmaß, auf die Ungleichmäßigkeit in der Ausbildung der einzelnen seelischen Fähigkeiten legt. Im Grunde betont diese Definition, die natürlich für alle Psychopathen überhaupt gilt, eine Selbstverständlichkeit: da diese Kranken nicht schwachsinnig und doch auf irgendwelchen Gebieten defekt sind, so ergibt sich die Disharmonie der Persönlichkeit von selbst. Richtiger ist es, im Anschluß an Beards ursprünglich für die „Neurasthenie“ gegebene Definition auf das Mißverhältnis zwischen Reiz und Wirkung hinzuweisen, das in der Lebensführung der Kranken stets zutage tritt.

Bei der Aufnahme der Anamnese der konstitutionell Nervösen stellt sich fast immer heraus, daß sie aus psychopathischen Familien stammen. Dabei

sind ausgesprochene Geisteskrankheiten der Angehörigen im ganzen seltener als psychasthenische Zustände, die denen der Patienten oft recht weitgehend gleichen. Ob es sich dabei immer bloß um erbliche Einflüsse handelt, und ob nicht recht häufig auch die unzweckmäßige Erziehung durch einen reizbaren Vater oder eine hysterische Mutter an der Nervosität des Kindes schuld ist, kann an dieser Stelle unerörtert bleiben.

Oft zeigt sich die endogene Nervosität schon in der Kindheit, und zwar häufig auch in körperlichen Reaktionen. Hohes Fieber bei kleinem Anlaß, Idiosynkrasien gegen bestimmte Speisen, auf die mit Erbrechen, Durchfällen, Obstipation, Urtikaria und Kopfweh geantwortet wird, Tiks, Zupfen und Kauen an den Nägeln und dergleichen sind verhältnismäßig oft beobachtete Symptome, deren prognostische Bedeutung übrigens nicht überschätzt werden darf. Dieselben Kinder delirieren leicht bei geringeren Temperatursteigerungen, zeigen Andeutungen von Zwangsvorstellungen und Phobien, fallen durch pedantische Ordnungsliebe und übertriebene Gewissenhaftigkeit, durch gemütliche Übererregbarkeit, Weinkrämpfe, Wutanfälle oder durch moralische Mängel — Stehlen, Lügen und Grausamkeit — früh auf. Auch länger dauerndes Bettnässen, somnambule Zustände, Zähneknirschen und Aufkreischen im Schlaf beweisen noch nichts für Epilepsie oder Hysterie, sondern nur die neuropathische Anlage überhaupt.

Besonders deutlich wird die psychopathische Konstitution häufig in der Pubertät; hier treten dann die ersten hypochondrischen Anwandlungen, Angstzustände, Ermüdbarkeit und Organstörungen wie Herz- und Magenneurosen z. B. zutage. Andere Gelegenheitsursachen sind exogener Herkunft: Examina, die erste Abwesenheit von Hause und besonders die Militärzeit bringen viele Psychastheniker zur Entgleisung. Es ist aber zu betonen, daß manchem auch gerade der militärische Dienst sehr gut tut, und daß insbesondere Überängstlichkeit und Willensschwäche auf diese Weise oft erheblich gebessert werden. — Sind alle diese Klippen vermieden worden, so pflegt sich die Nervosität doch spätestens am Ende des dritten Jahrzehnts herauszustellen.

Bei der näheren Analyse der konstitutionell nervösen Zustände werden wir die gemütlichen und die Willensstörungen in den Vordergrund stellen müssen. Wohl kommt auch hier ein Zusammentreffen mit Debilität vor, und mancher Psychopath bricht eben deshalb immer wieder zusammen, weil — im Examen oder im Beruf — intellektuelle Leistungen von ihm verlangt werden, die er schlechterdings nicht aufbringen kann. Aber bei der Mehrzahl der Nervösen ist der Verstand — potentiell — durchaus gut, und nicht selten sind einzelne Fähigkeiten, wie die für Musik oder eine Kunst sonst, die für Mathematik oder aber das mechanische Gedächtnis, sogar vorzüglich ausgebildet. (Dégénérés supérieurs). Fast immer ist die Auffassung leicht und rasch und das Interesse, insbesondere für alle ideellen Aufgaben, lebhaft. Auch das Urteil überrascht häufig durch seine Schärfe und Objektivität z. B. den eigenen Zuständen und Angelegenheiten gegenüber.

Wenn die intellektuellen Leistungen der Kranken trotzdem enttäuschen, so liegt das einmal an der stets vorhandenen starken Ermüdbarkeit und ferner an dem zuweilen nachweisbaren Mangel an Konzentrationsvermögen Überwiegend häufig läßt sich nachweisen, daß die subjektiven Klagen über Gedächtnismängel in erster Linie auf einer ungenügenden Aufmerksamkeit

beruhen; weil die Kranken ihre Gedanken nicht zusammenhalten können, fassen sie viele Dinge nicht auf und erinnern sich so später nicht mehr an sie. Dazu kommt, daß sie beinahe regelmäßig hypochondrisch sind und schon während der Arbeit mehr auf ihr subjektives Befinden und die nach früheren Erfahrungen erwartete Ermüdbarkeit als auf die Arbeit selbst achten. So stehen sie unter einer Suggestion, die natürlich jede Konzentration hindert und die außerdem durch das Nebeneinander von zwei Gedankenreihen, von denen die eine noch dazu stark gefühlsbetont ist, die Ermüdungsgrenze tatsächlich bald überschreiten läßt. Oft genug verhindern auch — wieder als Wirkung bestimmter Erwartungsvorstellungen — schon nach kurzer Zeit ein unerträglicher Kopfdruck, Beklemmungen oder unwiderstehliches Gähnen das Weiterarbeiten. Eine wie große Rolle bei diesen Zuständen die Angst spielt, soll gleich nachher erörtert werden.

Sehr eigentümlich ist, daß sich zahlreiche Nervöse trotz dieser von ihnen selbst geklagten und gewöhnlich stark übertriebenen Mängel ihrer Arbeitskraft intellektuell doch recht hoch einschätzen. Bei vielen — man denke z. B. an scheue Masturbanten und ängstliche Zwangsvorstellungskranke —, die zunächst, und zwar in gewisser Hinsicht durchaus mit Recht, den Eindruck erwecken, als wenn sie vornehmlich unter einem Mangel an Selbstvertrauen litten, läßt sich bei näherem Zusehen nachweisen, daß sie im Grunde ihren Kameraden und Konkurrenten weit überlegen zu sein glauben, und oft hört man geradezu aussprechen: „Wenn ich nicht das Unglück gehabt hätte, so nervös zu sein, so würde ich es bei meinen hervorragenden Anlagen viel weiter gebracht haben als alle anderen". Sehr charakteristisch ist z. B., daß ein recht großer Prozentsatz der psychopathischen Studenten, die mit der Klage, nicht geistig arbeiten zu können, in unsere Sprechstunde kommen, gleichzeitig die Absicht bekunden, sich später zu habilitieren. Dieser innere Widerspruch erklärt manche Konflikte der Patienten, die sich zwar keine unmittelbar gegebene Arbeit zutrauen, die aber doch die meisten als unter ihrer Würde stehend betrachten.

Zum Teil hängt diese Selbstüberschätzung mit der eigentümlichen Richtung zusammen, die die Phantasie der Patienten häufig nimmt. Sie neigen mehr als nervös rüstige Menschen zum Wachträumen, zum Ausmalen von Zukunftsmöglichkeiten und zu Erinnerungsfälschungen, durch die frühere Mißerfolge im optimistischen Sinne umgestaltet werden. Der Wirklichkeitssinn geht vielen beinahe ganz ab. Ob eine Stelle, wie sie sie haben wollen, existiert oder existieren kann, ist für sie kein Gesichtspunkt, und so verlieren sie häufig die erreichbaren Lebensziele irgendwelcher Phantome wegen ganz aus den Augen.

Natürlich liegen alle diese Eigentümlichkeiten schon fast ausschließlich auf gemütlichem Gebiet. Hier werden Störungen, wie gesagt, niemals vermißt; wohl aber sind diese Störungen individuell überaus variabel und auch bei ein und demselben Kranken nicht immer in gleichem Maße und in gleicher Form vorhanden. Selbst das vielgebrauchte Schlagwort von der reizbaren Schwäche läßt sich ohne Zwang nicht auf alle Psychastheniker anwenden. Bei manchen überwiegt die Reizbarkeit, bei anderen wieder die Schwäche; wir werden also auch hier versuchen müssen, Typen aufzustellen, die freilich ineinander übergehen. Sehr bekannt ist der des weichlichen, wehleidigen und doch zugleich über alles nörgelnden Psychasthenikers, der, mit ängstlichen

hypochondrischen Vorstellungen und mit schwerem Insuffizienzgefühl erfüllt, sich gegen die Außenwelt absperrt und sich nach den unvermeidlichen Berührungen mit dem Leben stets wieder verletzt zurückzieht. Diesen Fällen nahe verwandt sind die gerade heute wieder recht häufigen Nervösen, die sich durch jede praktische Tätigkeit angeekelt fühlen, ihr eigenes Können und Wissen, ihren Beruf und ihre Stellung mit ätzender Selbstkritik herabsetzen und nun als reine „Ästheten“ auf allen möglichen, zumeist künstlerischen und philosophischen Gebieten herumdilettieren. Gewöhnlich wird ihnen das durch ein krankhaft verfeinertes Empfinden für Farb- und Tonschattierungen, für stilistische Schönheiten und dergleichen erleichtert. Trotzdem sind sie meist durchaus unproduktiv, hauptsächlich weil der Verstand der Psychastheniker mehr kritisch und zersetzend zu sein pflegt. Das trübt bekanntlich häufig auch die Beziehungen zum Arzt: seine Anordnungen werden mit einer gewissen ironischen Überlegenheit aufgenommen, die zum mindesten ihre suggestive Wirkung von vornherein aufhebt. Aus dem gleichen Grunde übertreiben die Kranken aber auch ihre sozialen Mißerfolge und ihre moralischen Mängel. Viele pflegen geradezu mit einer gewissen perversen Wollust das Gefühl des Unbefriedigtseins, der inneren Zerrissenheit und kokettieren so ständig mit dem Selbstmord, nur weil sie das Leben nicht zu packen verstehen.

Ein anderer Typ ist der der aufgeregten Naturen, die schon durch ihre hastige Sprechweise und ihre unausgeglichenen Bewegungen auffallen und die, von einer inneren Unruhe getrieben, ohne eigentliche Angst zu haben, doch nie an einer Stelle und bei einer Tätigkeit aushalten. Oft klagen diese Patienten sehr zutreffend selbst darüber, daß sie bei allem, was sie täten, stets an das denken müßten, was sie nachher tun wollten oder sollten. Dabei peitschen sie sich häufig noch durch Kaffee, Tee oder Alkohol immer wieder auf, mit dem Erfolge, daß sie dadurch noch nervöser und ruheloser werden.

Eine dritte, von den eben besprochenen kaum zu trennende Gruppe ist reizbar und sie ist es, unter der gewöhnlich die Umgebung am schwersten leidet. Nur unter sehr günstigen äußeren Verhältnissen können sich solche Kranke vorübergehend leidlich wohl befinden. Gewöhnlich sehen sie in jedem leisesten Geräusch eine gegen sie gerichtete Schikane, in jedem Widerspruch einen feindseligen Akt, in jedem beruhigenden Wort eine unerhörte Bevormundung. Der Schalterbeamte gibt absichtlich zu wenig Geld heraus, um den Kranken zu ruinieren, die Frau bekommt nur Besuch, um ihn zu ärgern, alle Gegenstände, die er braucht, sind immer verlegt oder nicht in Ordnung; selbst das Wetter scheint nur seinetwegen schlecht zu sein. So löst ein schwerer Affekt den andern ab, und zwar auch dann, wenn sich die Kranken theoretisch über die Tatsache ihrer krankhaften Reizbarkeit durchaus klar sind. Übrigens nehmen viele diese hemmungslosen Wutausbrüche, in die sie sich geradezu krampfhaft hineinsteigern, auch als ihr gutes Recht in Anspruch; in dem rücksichtslosen Egoismus, der aus der hypochondrischen Selbstbespiegelung notwendig folgt, halten sie es für die selbstverständliche Pflicht ihrer Angehörigen, auf ihre Nerven Rücksicht zu nehmen und ihnen das eigene Wohlbefinden zu opfern. Derartige Fälle führen, wenn der andere Gatte nicht zum Märtyrer geboren ist, gesetzmäßig zur Ehescheidung.

In einer anderen Gruppe von Fällen lösen kleine äußere Anlässe nicht sowohl Zornaffekte als langdauernde innere Spannungen aus, in denen

die Kranken vollkommen den Kopf verlieren und für Fernerstehende ganz unbegreifliche Handlungen begehen. Viele Fälle von pathologischem Heimweh, von Brandstiftung, Kindstötung, Fahnenflucht und Selbstmord gehören hierher.

Überhaupt ist die Angst, die diesen Zuständen zugrunde liegt, eines der häufigsten Symptome der konstitutionellen Nervosität. Durch sie entstehen zahlreiche Phobien und festwurzelnde hypochondrische Überzeugungen. Unzweckmäßige Lektüre, das unüberlegte Wort eines Arztes, die tatsächliche Beobachtung irgend einer kleinen körperlichen Veränderung lassen auf diesem Boden überwertige Ideen von fast wahnhafter Fixierung entstehen, die die Kranken von Arzt zu Arzt treiben und sie oft jahrelang nicht zur Ruhe kommen lassen. In anderen Fällen tritt die Angst aber auch völlig objektlos auf, und diese Fälle sind es dann besonders, in denen sich die Patienten selbst häufig über ihren Zustand täuschen und die innere Spannung als Schwindel, Frieren usf. mißdeuten. Es sei in dieser Hinsicht auf frühere Ausführungen (S. 210) verwiesen.

Wie sehr die eben erörterten gemütlichen Störungen die Willensleistungen beeinflussen müssen, versteht sich beinahe von selbst. Kranke, die genau wissen, daß sie sich eigentlich gerade während der Arbeit am allerwohlsten fühlen, bringen doch den Entschluß zum Anfangen nicht auf. Lebenswichtige Entscheidungen schieben sie immer wieder hinaus, sagen nicht ja, aber auch nicht nein und geraten in Angst, wenn sie zu einer bindenden Erklärung gezwungen werden. Ich habe einen vorzüglich begabten Richter gekannt, der nach seiner durch Monate geplanten und immer wieder hinausgeschobenen Verlobung plötzlich des Abends zu einer unmöglichen Zeit in das Haus der Schwiegereltern lief, um die Verbindung wieder zu lösen. Ein Kollege, dem ich während des Krieges auf sein wiederholtes und dringendes Bitten eine von ihm ersehnte Stellung verschafft hatte, schlug sie im letzten Augenblick, als sie für ihn freigemacht worden war, aus. So haben die Kranken selbst natürlich immer das Gefühl, alle Gelegenheiten im Leben verpaßt zu haben, und gerade darauf beruht zum Teil ihre Überzeugung, nicht nach Verdienst gewürdigt zu werden.

In schweren Fällen kann sich die Willensschwäche bis zur völligen Abulie steigern. Das andere Extrem, eine nervöse Polypragmasie, in der am liebsten drei Dinge zu gleicher Zeit in Angriff genommen werden, wurde schon erwähnt. Der Reizzustand der Motilität, der ihr zugrunde liegt, tritt gewöhnlich auch in der mangelnden Beherrschung der Ausdrucksbewegungen — plötzlichen Weinausbrüchen, „nervösem" Lachen, Kauen am Schnurrbart, Spielen mit den Fingern — zutage.

Übrigens erlebt man gerade hinsichtlich der Willensleistungen bei den Nervösen große Überraschungen. Wenn etwas besonders Wichtiges von ihnen verlangt wird, so können sich auch sonst sehr willensschwache Psychastheniker für verhältnismäßig lange Zeit aufraffen und dann durch starke Selbstbeherrschung verblüffen. Dahin gehört schon, wenn sich reizbare Haustyrannen in Gesellschaft für Stunden zusammennehmen und Fremden als durchaus liebenswürdig und beherrscht erscheinen. In der forensischen Praxis erleben wir nicht selten, daß ein Psychopath, der in der Klinik immer wieder erklärt hatte, daß er die Gerichtsverhandlung nicht ertragen würde, und der kaum bei einer halbstündigen Untersuchung frisch zu bleiben vermochte, im Gerichtssaal plötzlich durch mehrere Tage hindurch mit vollkommener geistiger Frische seine Verteidi-

gung betreibt. Gewöhnlich erfolgt dann allerdings nachher ein schwerer Zusammenbruch. Ähnlich erklären sich die guten Leistungen, die gewisse psychasthenische Künstler und Gelehrte in gelegentlichen Stößen hervorbringen: sie sind leichter zu entflammen als andere, geben sich irgend einer Idee für eine Zeitlang ganz hin und vergessen dabei alle nervösen Beschwerden. Auch hier wird eine solche Periode zumeist mit einem besonders schlechten Befinden nach Abschluß der Arbeit bezahlt.

Unter den subjektiven Klagen der Nervösen stehen neben denen über Ermüdbarkeit, Entschlußunfähigkeit, Angst und Reizbarkeit die über Schlafstörungen und zahlreiche Sensationen im Vordergrunde. Sehr häufig ist die Unfähigkeit, des Abends quälende Vorstellungen oder Erinnerungen an die geistige Arbeit abzulehnen und sich so zum Einschlafen zu konzentrieren. Andere Patienten wachen nach wenigen Stunden tiefen Schlafes mit einem Ruck auf, um sich bis zum Morgen ruhelos im Bett zu wälzen; eine dritte Gruppe wird von ängstlichen Träumen verfolgt, die die erquickende Wirkung des Schlafes beeinträchtigen. Auch die sensorielle Hyperästhesie macht sich in dieser Hinsicht störend bemerkbar: kleinste Reize, schon das Atmen der Ehefrau, ein leiser Lichtstrahl wecken den Kranken oder verhindern ihn einzuschlafen. Alle diese Beschwerden sind gewöhnlich jeder Form von Suggestivbehandlung überaus zugänglich — ebenso wie umgekehrt viele Nervöse vornehmlich deshalb nicht einschlafen, weil sie das unter den gegebenen Umständen befürchten. — Die Klage über ein abnorm großes Schlafbedürfnis und ungewöhnlich langen und tiefen Schlaf ist bei konstitutioneller Nervosität so selten, daß sie eher an organische Störungen oder allenfalls noch an eine Erschöpfungsneurasthenie denken läßt.

Sodann wäre als ein häufiges Symptom der Kopfschmerz zu nennen. Er tritt in den verschiedensten Formen auf — von dem leisen Kopfdruck, dem bloßen „Eingenommensein“ des Schädels an bis zur echten Migräne und Neuralgie. Andere Sensationen wie das Kreuzweh, Schmerzen an den Extremitäten etc. spielen eine viel geringere Rolle. Dagegen bedarf es nach früher Gesagtem kaum der Erwähnung, daß sich die konstitutionelle Nervosität häufig in Funktionsstörungen gewisser vegetativer Organe äußert. Herz- und Gefäßneurosen, nervöse Magen-, Darm- und Blasenstörungen entstehen fast immer auf diesem Boden. Die oft geklagte Impotenz ist gewöhnlich psychogen bedingt und auf einen früheren Mißerfolg, langdauernde Masturbation mit entsprechender Wirkung auf die Phantasie oder endlich auf hypochondrische Erwartungen zurückzuführen.

Objektiv fallen viele Kranke durch ihre ungenügende körperliche Entwicklung, die Unterernährung, die fahle, graue Haut, die zeitig ergrauten Haare, früh hervortretende Schläfenarterien und durch bestimmte Entartungszeichen ohne weiteres auf; andere aber sind körperlich ganz gesund und diese klagen zuweilen darüber, daß ihres blühenden Aussehens wegen niemand an ihre Leiden glauben wolle. Von neurologischen Symptomen ist verhältnismäßig häufig ein Tremor der Zunge, der gespreizten Finger, der oberen Lider bei Augenschluß. Andere Patienten leiden an Tiks, Stottern, Nacht- oder Farbenblindheit, viele sind alkoholintolerant usf. (vgl. den Abschnitt Anamnese).

Die sehr engen Beziehungen der konstitutionellen Nervosität zu Zwangsvorstellungen und Phobien sind an dieser wie an anderen Stellen des

Buches betont worden; man kann ohne Übertreibung sagen, daß die Mehrzahl der Nervösen wenigstens gelegentlich mit derartigen Zuständen Bekanntschaft macht.

Auch *sexuelle Anomalien* erwachsen nicht selten auf dem gleichen Boden. Bei konstitutionell nervösen Kindern wird die geschlechtliche Reife häufig abnorm früh erreicht, und Masturbation in der ersten Kindheit kann geradezu als pathognomonisch gelten. Später drängen die abnorme Gefühlsrichtung und die gesteigerte Phantasietätigkeit die sexuellen Vorstellungen der Kranken häufig in abnorme Bahnen — fast alle sexuell perversen Menschen sind auch in anderer Beziehung nervös krank.

Ganz fließend sind die Übergänge zwischen konstitutioneller Nervosität und der *Zyklothymie*. *Moebius* hat einmal gemeint, die Neurasthenie stelle den Urschleim dar, aus dem sich alle funktionellen Psychosen herausdifferenzierten. Das ist richtig, wenn wir für Neurasthenie konstitutionelle Nervosität setzen und die verwandtschaftlichen Beziehungen dieser Krankheit zu den funktionellen Psychosen nicht beim einzelnen, sondern in ganzen Geschlechtern aufsuchen. Daß aus der bloßen Nervosität eines und desselben Kranken eine Manie, eine Melancholie oder eine Paranoia *wird*, trifft im allgemeinen nicht zu; im Gegenteil kann man die meisten Psychastheniker mit Recht darüber beruhigen, daß sie mit ihrer nervösen Formel abgefunden wären und Schlimmeres nicht zu erwarten hätten. Wohl aber häufen sich die verschiedensten endogenen Formen oft in derselben Familie und sie vermischen sich dabei zuweilen so sehr, daß es eine Sache der Willkür ist, ob man noch von bloßer Nervosität oder schon von manisch-depressivem Irresein beziehungsweise von Hysterie sprechen will. Die Beziehungen der Nervosität gerade zu den zirkulären Formen werden dadurch besonders innig, daß auch die konstitutionell nervösen Zustände häufig *periodisch* verlaufen, mit und ohne nachweisbaren Anlaß im Leben anschwellen und sich dann wieder bessern. Insofern scheint uns die oft aufgeworfene Frage, ob sich eine leichte „Melancholie" und ein endogen nervöser Depressionszustand grundsätzlich unterscheiden ließen, überhaupt falsch gestellt zu sein. Auch da, wo eine trübe Lebensauffassung, Insuffizienzgefühl und Hemmung das Bild *dauernd* beherrschen, finden wir nicht selten Symptome, die, für sich betrachtet, der konstitutionellen Nervosität angehören — ebenso wie umgekehrt wenigstens die durchschnittlich depressive Stimmung und das Insuffizienzgefühl wichtige Kardinalsymptome der Nervosität bilden. Etwas weniger durchsichtig sind die verwandtschaftlichen Beziehungen zur konstitutionellen Erregung. Bei näherem Zusehen zeigen aber auch chronisch manische Individuen fast regelmäßig andere nervöse Symptome, die durch die Stimmungsanomalie und die vorwiegend heitere Lebensauffassung nur gewöhnlich verdeckt werden. Endlich gehören noch gewisse *paranoide* Persönlichkeiten hierher, deren mißtrauische Lebensauffassung durch die mürrische Grundstimmung, die körperlichen Mißempfindungen, das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit bei gleichzeitiger Selbstüberschätzung sowie endlich durch die sozialen Mißerfolge ständig neue Nahrung erhält. Die Neigung der konstitutionell Nervösen zu *psychogenen Reaktionen* wie die Beziehungen mancher Typen zum *hysterischen Charakter* brauchen nicht mehr eigens hervorgehoben zu werden.

Die Erkennung der konstitutionellen Nervosität ist gewöhnlich leicht, unter Umständen aber auch recht schwer. Die beginnende Hirnarteriosklerose,

die Paranoia, der Hirntumor, die Dementia praecox und schließlich sogar gewisse körperliche Allgemeinleiden wie die Karzinose können zu Verwechslungen Anlaß geben. Um mit dieser letzten Möglichkeit zu beginnen, sei an Heilbronners Mahnung erinnert, daß von Haus aus nervöse Menschen vor organischen Erkrankungen des Nervensystems und des übrigen Körpers doch nicht geschützt seien. Eine angeblich hypochondrisch gefärbte „konstitutionelle“ Nervosität, die den betreffenden Patienten durch Jahre hindurch von einem Sanatorium in das andere geführt hatte, ließ sich auf ein langsam wachsendes Karzinom der Gallenblase zurückführen. Auch Anämien aus anderer Ursache können sich vornehmlich in einer allgemeinen Nervosität äußern, und so sollte in diagnostisch nicht ganz klaren Fällen eine genaue Blutuntersuchung niemals unterlassen werden. Dasselbe gilt natürlich für die Untersuchung der Lungen, des Herzens und insbesondere der Nieren. — An chronischen Morphiummißbrauch muß schon deshalb gedacht werden, weil fast nur Psychastheniker dieser Sucht verfallen (vgl. S. 350).

Eine besondere Schwierigkeit für die Abgrenzung von den organischen Nervenleiden beruht darauf, daß gerade gewisse Psychastheniker zur Erkrankung an Arteriosklerose besonders veranlagt sind. So läßt sich der Zeitpunkt, an dem aus der funktionellen eine organische Erkrankung geworden ist, keineswegs immer leicht feststellen. Im übrigen ist die Differentialdiagnose der Hirnarteriosklerose, der Paralyse und den übrigen organischen Hirnkrankheiten gegenüber an früheren Stellen besprochen worden. Ebenso sei hinsichtlich der Schizophrenie auf das entsprechende Kapitel verwiesen und nur noch einmal betont, daß in dieser Beziehung Schwierigkeiten bestehen, die uns in der prognostischen Beurteilung beginnender Fälle zur allergrößten Vorsicht mahnen müssen.

Krankhafte Reaktionen und Entwicklungen.

Im Anschluß an diese Darstellung der konstitutionellen Anomalien seien jetzt die krankhaften Reaktionen noch kurz skizziert. Früher wurde schon gesagt, daß auch in dieser Hinsicht eine scharfe Trennung schlechterdings unmöglich ist. Auch die konstitutionelle Nervosität äußert sich zum mindesten nicht immer im gleichen Grade, und es hieße den Tatsachen Gewalt antun, wenn man die Schwankungen im Befinden dieser Kranken auf äußere Erlebnisse grundsätzlich nicht zurückführen wollte. Nicht bloß die konstitutionelle Stimmungslabilität (S. 209), sondern ebenso die psychogenen Reaktionen, die krankhaften überwertigen Ideen, die Psychosen der Haft, der Querulantenwahn, die Unfallsneurosen setzen eine gewisse krankhafte Anlage immer voraus. Starke Anlässe lassen freilich auch verhältnismäßig rüstige Menschen entgleisen, die Mehrzahl aber wird schon durch Schädlichkeiten aus der Bahn geworfen, die nervös ganz widerstandsfähige Personen spielend ertragen. Ganz ähnliche Erwägungen gelten für die Beziehungen zwischen der Psychasthenie und dem Alkoholismus, Morphinismus und den Suchten überhaupt sowie — wenn wir den Kreis noch weiter ziehen — für die abnormen Charakterentwicklungen der Prostituierten und der Verbrecher z. B. In allen diesen Fällen lassen sich die endogenen und die exogenen Ursachen schlechthin nicht auseinanderlegen, und feststeht nur das: daß die endogenen nur ganz ausnahmsweise vermißt werden.

Neurasthenie.

Aus diesen Gründen ist auch eine scharfe Trennung zwischen konstitutioneller Nervosität und Erschöpfungsneurasthenie ganz unmöglich. Der Weltkrieg hat uns gelehrt, daß die meisten Gesunden sehr starke körperliche und seelische Anstrengungen ertragen, ohne neurasthenisch zu werden. Auf der anderen Seite sind in der gleichen Zeit recht viele Leute unter neurasthenischen oder psychogenen Symptomen erkrankt, die die Front überhaupt nicht zu Gesicht bekommen hatten. Trotzdem wäre es falsch, auf Grund dieser Erfahrungen den Begriff der Neurasthenie ganz aufzugeben. Gewisse Reaktionen, für die man zweckmäßigerweise das Wort „neurasthenisch" beibehält, werden auch bei Menschen beobachtet, die von Hause aus wenig oder überhaupt nicht nachweislich zu nervösen Erkrankungen veranlagt waren. Unter den gewöhnlichen Friedensbedingungen schließen sich derartige Zustände bekanntlich häufig an Infektionen (Influenza, Typhus, Angina, Lues), erschöpfende Krankheiten, Blutverluste, zu schnell folgende Entbindungen, sehr lange fortgesetzte Laktation, an schwere Unterernährung oder an langdauernde Schlafentziehung (z. B. auch infolge zu starker gesellschaftlicher Inanspruchnahme), seltener endlich an chronische Intoxikationen (Alkohol, Nikotin, Morphium) und Schädelverletzungen an. Sodann müssen gemütliche Aufregungen, namentlich in Form langdauernder Spannungszustände, als ätiologisch wichtig anerkannt werden — ich habe z. B. während des Krieges verhältnismäßig viel wirkliche Neurasthenien bei den Eltern gefährdeter oder in Gefangenschaft geratener Soldaten beobachtet. Nicht zuzugeben ist dagegen die Entstehung der Krankheit infolge geistiger Überarbeitung. Höchstens die Fälle bilden hiervon eine Ausnahme, in denen schon die Art der verlangten geistigen Tätigkeit im starken Mißverhältnis zu der intellektuellen Begabung (s. o.) steht; debile Studenten z. B. habe ich wiederholt unter neurasthenischen Symptomen erkranken sehen. Im übrigen aber hat Gaupp zweifellos Recht mit der Behauptung, daß viel mehr Menschen infolge ungenügender Beschäftigung als infolge von Überarbeitung nervenkrank würden. Die Fälle von Neurasthenie, in denen geistige Arbeit mit längerer Schlafentziehung verbunden gewesen oder unter dem Druck einer starken Verantwortung beziehungsweise einer sonstigen langdauernden Gemütsbewegung geleistet worden war, bilden natürlich keinen Gegenbeweis.

Die Symptome der nervösen Erschöpfung liegen nur zum Teil auf psychischem Gebiet. Gegenüber manchen Darstellungen kann nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden, daß gewisse körperliche Anomalien mit zum Bilde der Krankheit gehören, und daß keineswegs für alle somatischen Krankheitszeichen eine psychogene Entstehung behauptet werden darf. In dieser Hinsicht werden wieder die Kriegserfahrungen — erwähnt sei z. B. die wertvolle Arbeit von Brugsch — auch für die Zukunft eine erhebliche Bedeutung beanspruchen dürfen. Brugsch fand bei seinen Kranken regelmäßig eine Herabsetzung des Blutdrucks um 20—30 mm Quecksilber und eine Erweiterung des Herzens, die im Längsdurchmeesr 2—3 cm betrug. Zugleich sind die Arterien schlecht gefüllt, der Puls ist frequent, klein und leicht zu unterdrücken. Bei der Auskultation findet sich häufig ein leises Geräusch an der Spitze und ein klingender 2. Aortenton. Dabei kommt es zu einer eigentlichen Insuffizienz des Herzens, wenn man von leichten Dyspnoeerscheinungen und

subjektiven Sensationen in der Herzgegend absieht, nicht. Wohl aber pflegt die mechanische Erregbarkeit der Vasomotoren recht groß zu sein, so daß bei der bekannten Prüfung mit dem Hammerstiel eine breite anämische Zone in der Haut auftritt.

Eine Erhöhung des Blutdrucks und ein subjektiv als lästig empfundenes vermehrtes Pulsieren der peripheren Gefäße spricht nach meinen Erfahrungen ziemlich sicher für konstitutionelle Nervosität (wenn nicht organische Ursachen dafür vorliegen). Auch eine respiratorische Arhythmie ist bei der bloßen nervösen Erschöpfung nicht häufig. Dagegen kommen Anfälle von Bradykardie gelegentlich vor.

Von den übrigen Organsystemen wird der Magendarmkanal verhältnismäßig häufig betroffen. Der Appetit sinkt, die Kranken haben schon nach geringer Nahrungsaufnahme das Gefühl des Vollseins und leiden unter Aufstoßen und Magenschwindel. Von seiten des Darms besteht häufig Obstipation, zuweilen unterbrochen durch plötzliche Durchfälle.

Die Libido ist gewöhnlich herabgesetzt, seltener im Anfang erhöht. Die Erektion pflegt wenig nachhaltig zu sein, die Ejakulation häufig vorzeitig zu erfolgen. Recht oft fühlen sich die Kranken nach dem Akt besonders abgespannt und abgeschlagen, oder es nehmen auch die subjektiven Herzerscheinungen an Stärke zu.

Von seiten der Motilität ist von jeher bekannt der Tremor der oberen Augenlider, der Zunge und besonders der Hände, der meist feinschlägig ist, seltener aber auch einen mehr grobschlägigen Charakter annehmen kann. In schweren Fällen ist eine Koordinationsstörung angedeutet, die die Kranken bei der Ausführung komplizierter Bewegungen unsicher macht und von ihnen deshalb subjektiv als lästig empfunden wird.

Besonders zahlreiche Beschwerden finden sich auf sensiblem Gebiet. Die Kranken klagen über Ermüdungsgefühl, insbesondere in den Extremitäten, Kreuzweh, Gelenk- und Muskelschmerzen, über Parästhesien in den Händen und Füßen wie z. B. über das Einschlafen der Glieder, Kältegefühl und dergleichen. Dazu kommen starke sensorielle Hyperästhesie und Schwindelerscheinungen, die insbesondere bei ungenügend gefülltem Magen und nach verhältnismäßig leichten körperlichen Anstrengungen auftreten und sich in der Regel in dem Gefühl des Taumligseins erschöpfen. Sehr häufig ist ein Kopfdruck in Form einer Kopfkappe oder ein bohrender Schmerz an den Schläfen. Hemikranie, Flimmerskotome kommen bei bloßen Erschöpfungsneurasthenien dagegen nicht vor (Brugsch).

Auch ausgesprochene Reflexanomalien werden nicht beobachtet Sind die Sehnenreflexe abgeschwächt, so besteht immer noch neben der Nervosität eine allgemeine körperliche Schwäche und insbesondere eine starke Abmagerung der Muskulatur. Häufiger sind lebhafte Reflexe, die aber auch mehr auf ein konstitutionelles Moment hindeuten. Dagegen findet sich regelmäßig eine Veränderung der Reflexerregbarkeit des Auges, die sich mit leichten galvanischen Strömen leicht nachweisen läßt. Während eine Lichtempfindung (infolge der allgemeinen sensoriellen Hyperästhesie) mit schwächeren Strömen ausgelöst werden kann, als es bei Normalen der Fall ist, spricht der Pupillenreflex bei nervös Erschöpften weniger an, so daß sich das normale Verhältnis zwischen beiden Reaktionen verschiebt (vgl. S 422). Dieses Symptom ist mir insbesondere

für die Unterscheidung von der konstitutionellen Nervosität, bei der es fehlt, wertvoll gewesen.

Was nun die psychischen Begleitsymptome der nervösen Erschöpfung angeht, so steht im Vordergrunde das Gefühl der geistigen Abspannung und der körperlichen Müdigkeit sowie eine damit untrennbar verbundene mißmutige, verdrießliche und unbehagliche Stimmung. Bei jedem Versuch, körperlich oder geistig zu arbeiten, tritt schnell ein starkes Ermüdungsgefühl auf, das gewöhnlich von körperlichen Sensationen — Gefühl der Leere im Kopf, vermehrtem Kopfdruck, Schwere in den Augen etc. — begleitet wird. Häufig fällt den Kranken schon das Aufstehen und das Anziehen schwer, so daß sie sich ungern entschließen, auch nur das Bett zu verlassen. Jeder Versuch, diese lähmende Schlaffheit zu überwinden, wird, wenn er wirklich gelingt, mit vermehrter Abspannung und einer weiteren Verschlechterung der Stimmung bezahlt. So werden die Kranken bei mehrfach wiederholten Mißerfolgen verzweifelt und schließlich reizbar, ungerecht und heftig. Zugleich klagen viele über eine Art emotioneller Inkontinenz; sie können ihre Ausdrucksbewegungen nicht mehr beherrschen und fühlen bei geringem Anlaß Tränen in die Augen schießen. Besonders quälend ist sodann, daß die natürliche Beseitigung des Ermüdungsgefühls durch den Schlaf fast immer behindert zu sein pflegt. Die Kranken, die sich müde durch den Tag geschleppt haben, können abends nicht einschlafen oder werden durch unruhige, ängstliche Träume und durch häufiges Aufwachen gestört, um schließlich des Morgens unausgeschlafen und völlig zerschlagen aufzuwachen. Bei Tage klagen sie außer über das Ermüdungs- und Schwächegefühl vornehmlich auch über Vergeßlichkeit. Bei experimenteller Prüfung erweist sich die Merkfähigkeit freilich zumeist als unversehrt; die Ermüdbarkeit hindert die Kranken aber längere Zeit aufzupassen und irgend einem Gegenstand mit Interesse zu folgen; daraus folgt dann praktisch die Merkschwäche von selbst.

Die Differentialdiagnose dieser Zustände wird, wie gesagt, häufig dadurch erschwert, daß sich bei ihrem Zustandekommen konstitutionelle und exogene Faktoren ganz unentwirrbar durchflechten. Die Frage lautet also häufig nicht, ob exogene Ursachen überhaupt mitgewirkt haben, sondern wie groß ihr Anteil bei dem Zustandekommen des gesamten Krankheitsbildes gewesen ist. So weit sich diese Frage durch die bloße Untersuchung beantworten läßt, ist sie bei der oben gegebenen Darstellung berücksichtigt worden. In komplizierteren Fällen wird der Verlauf die Entscheidung bringen. Die Behandlung der echten Neurasthenie ergibt sich ja aus ihrer Entstehung von selbst. Tritt nach längerem Ausruhen keine Heilung ein, so besteht entweder eine exogene Ursache (Tuberkulose, Herzfehler, Karzinom; seelische Erregungen) fort, oder es liegt ein konstitutionell nervöses Moment vor. Auf der anderen Seite ist für alle endogenen Zustände charakteristisch, daß sie eines Tages von selbst verschwinden oder sich bessern.

Idiotie, Imbezillität und Debilität.

Zum Schluß noch einige Bemerkungen über die geistigen Schwächezustände. Im allgemeinen Teil sind ihre Hauptsymptome, die Unterscheidung von den erworbenen Demenzen, die Einteilung in erethischen und torpiden

Schwachsinn sowie die in Idiotie, Imbezillität und Debilität ausführlich besprochen worden. Beide Einteilungen entsprechen mehr praktischen als wissenschaftlichen Bedürfnissen und sie erheben dementsprechend auch nicht den Anspruch, grundsätzlich Verschiedenes zu trennen. Die Grenzen zwischen den einzelnen Graden des angeborenen Schwachsinns sind ebenso flüssig wie die zwischen den nach dem Verhalten der Affektivität rein symptomatologisch bezeichneten Formen. Dagegen ist es eine dringende wissenschaftliche Aufgabe, die große Masse der angeborenen oder früh erworbenen Schwächezustände nach ätiologischen, anatomischen und klinischen Prinzipien in verschiedene Krankheiten zu zerlegen. Der Schwachsinn selbst ist natürlich nur ein Symptom, und noch dazu ein verhältnismäßig grobes, bei dessen Feststellung man unmöglich stehen bleiben darf. Gerade hier gilt, daß der gleiche Erfolg durch sehr verschiedenartige Ursachen herbeigeführt sein kann. Gleichviel ob die Schädlichkeit den Keim, das werdende oder das schon geborene Kind getroffen hat — für die rein intellektuelle Seite des Zustandes entscheidend ist immer nur die Tatsache, daß die anatomischen Voraussetzungen der geistigen Entwicklung zerstört worden waren, ehe diese geistige Entwicklung nennenswerte Fortschritte gemacht hatte.

Idiotie als Folge erworbener Hirnkrankheiten.

Aus diesem Grunde sind wir heute, eben weil man lange Zeit nur auf die Verstandesschwäche selbst, nicht aber auf die übrigen klinischen Symptome geachtet hat, häufig nicht einmal dazu imstande, die Folgen einer in früher Kindheit entstandenen Enzephalitis, Meningitis, Commotio etc. von denen gewisser Keimschädigungen und von fötalen Hirnerkrankungen scharf abzugrenzen. In vielen Fällen beweist freilich das Vorhandensein einer zerebralen Kinderlähmung — in Form der mit Athetose und eventuell Epilepsie verbundenen Hemi- oder Monoplegie oder der Littleschen Krankheit (Diplegia spastica infantilis) —, daß eine grobe Schädlichkeit das Gehirn erst nach Abschluß der fötalen Periode getroffen hat. Oder die Wassermannsche Reaktion beziehungsweise die Pupillenstarre zeigen die luetische Entstehung des Leidens an. Oft genug lassen aber alle diese Kriterien im Stich. Wenn die Enzephalitis nicht gerade auch die motorische Rinde mit einbezogen hatte, so kann sie sich dem späteren Nachweis vollkommen entziehen, und in diesen Fällen werden wir den tatsächlich noch im Leben erworbenen Schwachsinn leicht zu Unrecht auf eine Keimschädigung zurückführen oder aber als eine endogene Störung ansehen.

Endogene Idiotie.

Gerade dieser Fälle wegen ist es zweifelhaft, ob es eine rein endogene Imbezillität überhaupt gibt. Vieles spricht dafür, daß eine unglückliche Mischung der Keime die Verstandesentwicklung des werdenden Kindes gelegentlich ebenso ungünstig beeinflußt, wie es bei den gemütlichen Störungen des manisch-depressiven Irreseins z. B. wahrscheinlich der Fall ist. Die Hirnentwicklung würde dann aus endogenem Anlaß auf einer gewissen, niedrigen Stufe zurückgehalten werden — ähnlich wie in anderen Fällen das Wachstum des übrigen Körpers hinter der Norm zurückbleibt. Beweisen läßt sich jedoch diese Anschauung heute noch nicht. Selbst da, wo sich grobe anatomische

Veränderungen im idiotischen Gehirn nicht finden, könnte die Funktionsschwäche des Organs immer noch durch eine Keimschädigung bedingt sein.

Klinisch werden wir eine solche endogene Imbezillität noch am ehesten da annehmen dürfen, wo körperliche Störungen ganz fehlen und der Schwachsinn der Form und dem Grade nach der physiologischen Beschränktheit verhältnismäßig nahe steht.

Idiotie infolge von Keimschädigung.

Sicher ist die exogene Entstehung der Idiotie auf dem Wege der Keimschädigung durch Alkohol, Quecksilber, Blei, Syphilis häufiger als die endogene. Unsere Anschauungen darüber haben sich in den letzten Jahren wesentlich gewandelt. An Morels Schema von der unaufhaltsam fortschreitenden Entartung ganzer Geschlechter, die schließlich mit Schwachsinn enden sollte, glaubt heute kein Mensch mehr, und die Tatsachen, die dieser Lehre zugrunde gelegen haben, haben wohl größtenteils eben in Keimvergiftungen bestanden. Wenn der paralytische oder der trunksüchtige Vater idiotische Kinder in die Welt setzt, so liegt der Grund nicht in einer geheimnisvollen Vererbungstendenz, sondern in der exogenen Schädlichkeit, die der Erzeuger an die nächste Generation weitergibt. Auch die körperlichen Symptome, die manche Fälle von Imbezillität begleiten, kommen vermutlich auf dieselbe Weise zustande: allgemeiner Infantilismus, Mongolismus, Turmschädel, Mikro- und Hydrozephalie, Balkenmangel, Mikrogyrie, Angiodystrophia cerebri sind wohl ebenso wie andere äußerlich wahrnehmbare „Entartungszeichen“ (vgl. S. 405) zum mindesten häufiger Folgen einer Keimschädigung als die einer unglücklichen Keimmischung.



Abb. 82. Kretin.

Im einzelnen wissen wir übrigens darüber, warum sich derartige körperliche Veränderungen bei manchen Imbezillen finden, bei recht vielen anderen dagegen fehlen, so gut wie gar nichts. Erwähnt sei in dieser Hinsicht nur, daß die eigentümliche Gesichtsbildung (schmale, schräg stehende, geschlitzte Augenspalten, breite Nasenwurzel, kurze Nase, vorstehende Jochbeinbögen), die man als „Mongolismus“ bezeichnet, und die bei einem Bruchteil der Idioten der verschiedensten Länder beobachtet wird, eben deshalb mit Rasseneigentümlichkeiten nichts zu tun haben kann. Durchsichtiger sind natürlich die Beziehungen der Imbezillität zum allgemeinen Infantilismus, sowie zur Hydro- und Mikrozephalie; immerhin kommen nicht bloß hydrozephalische Bildungen, sondern auch recht kleine Köpfe auch bei sehr intelligenten Menschen vor, ebenso wie umgekehrt keineswegs alle Idioten auffällige Schädelformen aufweisen.

Idiotie als Folge innersekretorischer Störungen.

Übrigens braucht die Ursache der Imbezillität offenbar überhaupt nicht immer am Gehirn direkt anzusetzen.

Die besondere klinische Gestaltung mancher — freilich nicht häufigen — Schwachsinnsformen zeigt deutlich, daß das Zerebrum auch sekundär, durch innersekretorische Störungen, geschädigt werden kann. Nicht nur das Fehlen und die Erkrankung der Schilddrüse, sondern auch der Hypophyse



Abb. 83. Dystrophia adiposo-genitalis. (Überlassen von Herrn Geh. San.-Rat Freund-Breslau).



Abb. 84. Dystrophia adiposo-genitalis. (Überlassen von Herrn Prof. Schroeder-Greifswald.)

und der Zirbeldrüse, der Nebennieren, des Thymus und des Pankreas finden wir mit der Imbezillität in einer Häufigkeit verbunden, die schon an sich an einen ursächlichen Zusammenhang denken läßt. Für manche Fälle beweisen ihn therapeutische Erfahrungen mit Sicherheit. Dabei wird sich auch hier eine scharfe Trennung zwischen angeborenen und erst im Leben erworbenen Störungen nicht durchführen lassen; für die bekannteste von allen Störungen des endokrinen Apparats, den Kretinismus, ist es ja zum mindesten wahrscheinlich, daß die Krankheitsursache erst mit dem Trinkwasser in den Körper gelangt.



Abb. 85. Eunuchoidismus. (Aus Reichardt, Psychiatrie. Fischer-Jena 1918.)

Auf der anderen Seite wäre es natürlich auch denkbar, daß manche innersekretorische Störungen dieser Art auf endogenem Wege zustande kämen.

Auf die Besonderheiten des kretinistischen Schwachsinns sind wir im Abschnitt Demenz eingegangen. Nachgetragen sei, daß es auch intelligente Kretinen gibt, sowie ferner, daß auch bei den schwachsinnigen Kranken das Gehirnwachstum durch den Schilddrüsenmangel nicht nachweislich behindert wird. Die körperlichen Symptome der Krankheit bestehen bekanntlich in Infantilismus, der häufig bis zum Zwergwuchs geht, und Myxödem. Diagnostisch wichtig ist, daß die Epiphysen der Extremitätenknochen und die Schädelnähte nicht verknöchern, was sich intra vitam mit Röntgenstrahlen leicht nachweisen läßt.

Die Dystrophia adiposo-genitalis, die auf einer Erkrankung der Keimdrüsen und der Hypophyse zu beruhen scheint, ist charakterisiert durch Imbezillität, Infantilismus, Fettsucht und eventuell Myxödem. Übrigens ist auch hierbei der Schwachsinn nicht regelmäßig vorhanden, während psychische Störungen überhaupt doch wohl niemals fehlen. In einem von mir beobachteten Falle wurde das Lernen in der Schule trotz theoretisch guter Intelligenz durch die sehr starke Ermüdbarkeit und ein im Verein mit ihr auftretendes intensives Kopfweh behindert.

Schon bei diesen Störungen kann an die Stelle des allgemeinen Infantilismus ein abnorm langes Wachstum der Extremitäten treten. Dieses finden wir regelmäßig bei dem sogenannten Eunuchoidismus, bei dem die Mitte des Körpers nicht wie beim normalen Erwachsenen in die Gegend des Schambeinbogens, sondern in die obere Hälfte der Oberschenkel fällt (Rieger).

Erkennung.

Die Erkennung des angeborenen Schwachsinns bereitet nur in Ausnahmefällen Schwierigkeiten. Diese Fälle betreffen entweder sehr junge Kinder, deren verzögerte Entwicklung nicht unbedingt mit Schwachsinn zu enden braucht, oder aber Debile, deren intellektuelle Defekte durch sprachliche Gewandtheit, Erziehung und dergleichen verschleiert beziehungsweise durch eine akute Psychose vorübergehend überlagert wird. Hinsichtlich des ersten Falles sei auf frühere Angaben über die kindliche Entwicklung verwiesen (S. 15) und nur noch einmal betont, daß auch später recht intelligente Menschen gelegentlich einmal spät sprechen lernen. Viel beweisender ist es, wenn die gemütlichen Äußerungen — Freude beim Anblick der Mutter, eines Spielzeugs, des Essens u. dergl. — ausbleiben und die Aufmerksamkeit des Kindes auffallend schwer zu erwecken ist. Von den groben Zeichen der Idiotie wie lang fortgesetzte Wiegebewegungen und dergleichen braucht in diesem Zusammenhang nicht mehr gesprochen zu werden.

Von der Feststellung leichter Urteilsstörungen ist im allgemeinen Teil (S. 319) ausführlich die Rede gewesen. Sie kann bei einmaliger Untersuchung nahezu unmöglich werden, eben weil gelegentlich eingeschliffene Redewendungen bei einem nicht gedächtnisschwachen erethisch Imbezillen ein Maß von Intelligenz vortäuschen, das tatsächlich nicht vorhanden ist. Ein Debiler mit guter Merkfähigkeit und leicht ansprechbarer Sprache kann bei einer solchen Prüfung viel besser abschneiden als ein schwerfälliger und schüchterner, aber nicht urteilsschwacher Gesunder.



Schon in solchen Fällen wird uns erst der Verlauf und insbesondere die Lebensführung des Patienten zur Diagnose verhelfen. Diese wird noch mehr erschwert, wenn der Debile vorübergehend an einem manischen Syndrom oder unter psychogenen Symptomen erkrankt. Beides ist nicht ganz selten, und bei Oberschlesiern habe ich sogar die Kombination von Imbezillität und Pseudodemenz mehrfach beobachtet. Von anderen Komplikationen seien namentlich die konstitutionelle Nervosität und gewisse hypochondrisch oder paranoid gefärbte überwertige Ideen erwähnt. Die schweren epileptisch aussehenden Erregungszustände, die bei manchen Imbezillen mit und ohne äußeren Anlaß



Abb. 86. Hautveränderungen bei tuberöser Sklerose. (Überlassen von Herrn Geh. San.-Rat Freund-Breslau.

(Affekt, Alkoholvergiftung) auftreten, werden selten diagnostische Schwierigkeiten machen.

Anders steht es mit den sogenannten „Pfropfhebephrenien“, bei denen eine Dementia praecox zu einer alten Imbezillität hinzutreten soll. Daß das vorkommt, wird sich kaum bestreiten lassen; ob es häufig ist, ist aber deshalb zweifelhaft, weil es in früher Kindheit einsetzende Schizophrenien gibt, die dann später oft als Imbezillitäten imponieren. Kommt es in solchen Fällen zu einem neuen Schub der Dementia praecox, so können leicht zwei verschiedene Krankheiten anstatt einer diagnostiziert werden.

Im übrigen ist differentialdiagnostisch höchstens noch die Unterscheidung der syphilitischen Idiotie von der juvenilen Paralyse zu beachten. Wer in ent-

sprechenden Fällen beide Möglichkeiten überhaupt im Auge behält, wird sie stets auseinanderhalten können.

Tuberöse Sklerose.

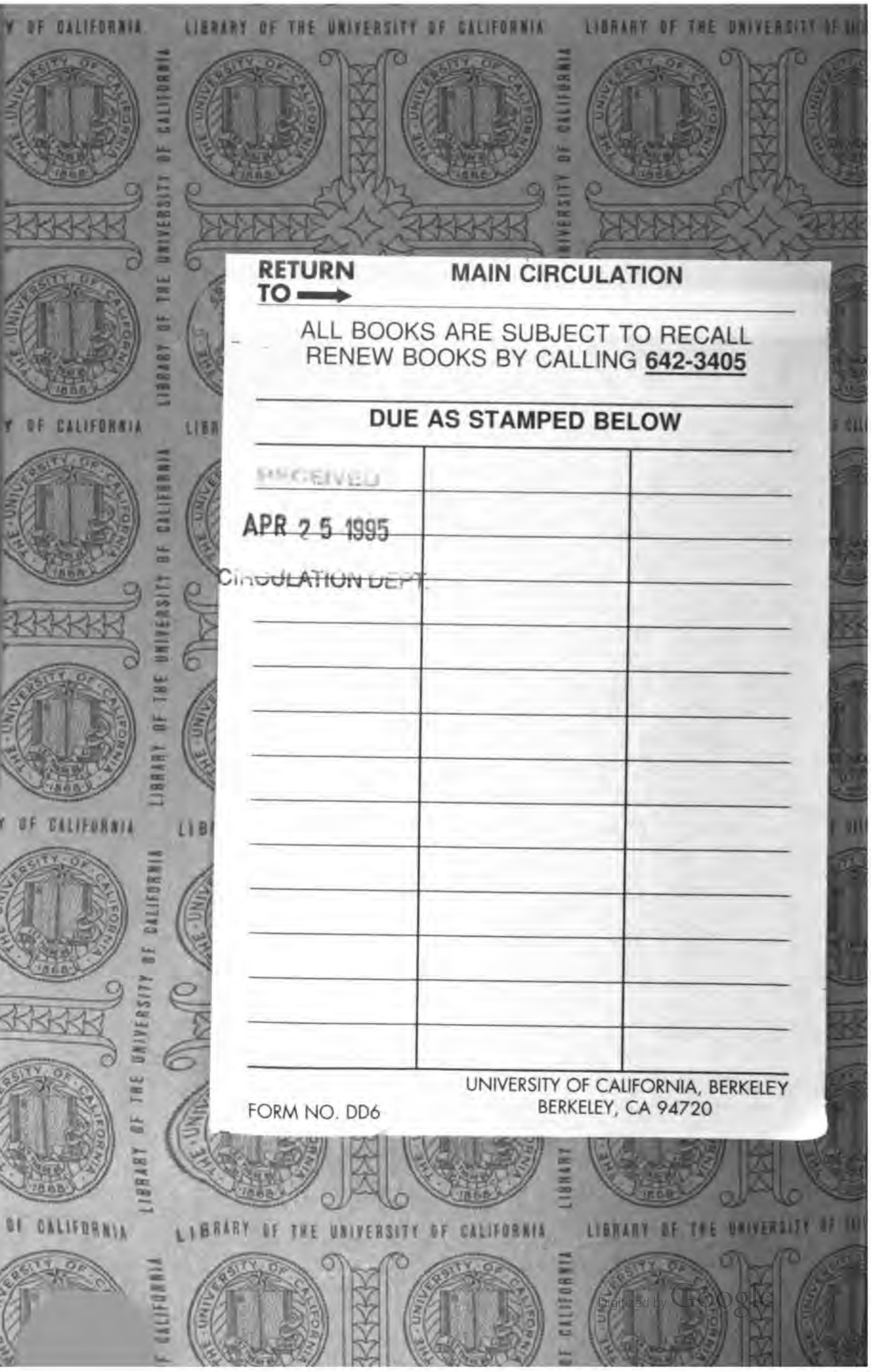
Schließlich seien noch zwei in frühem Lebensalter einsetzende Verblödungsprozesse kurz erwähnt, deren Pathogenese bisher ganz dunkel geblieben ist: die familiäre amaurotische Idiotie und die tuberöse Sklerose. Bei dieser verbindet sich eine, meist von epileptischen Krämpfen begleitete, rasch fortschreitende Verblödung, die zumeist vor dem 6. Lebensjahr beginnt, mit Hautveränderungen (Adenoma sebaceum, Angiofibrome), die in der Regel die Diagnose intra vitam gestatten werden (Abb. 86).

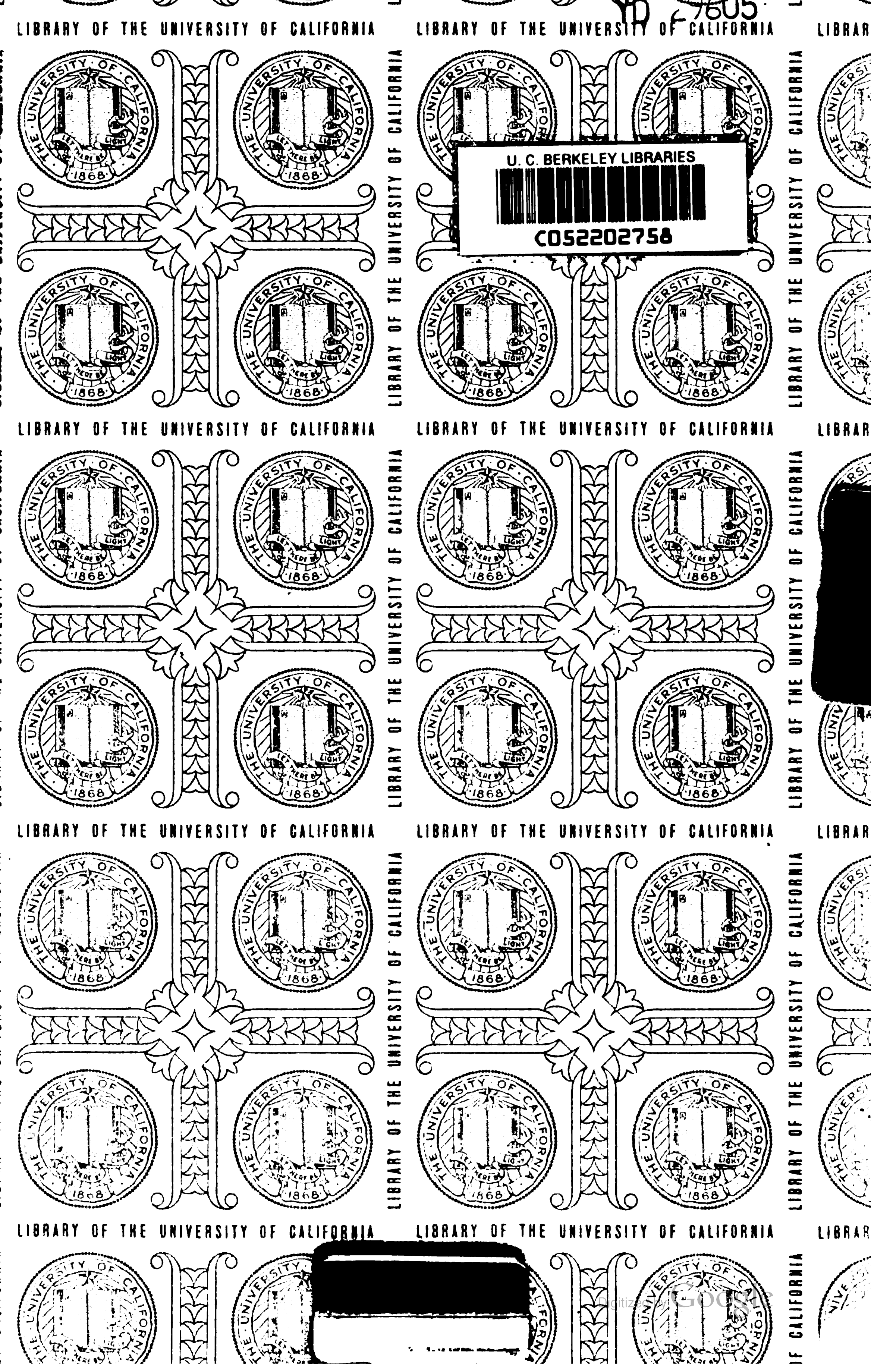
Familiäre amaurotische Idiotie.

Noch früher setzt die von Tay und Sachs zuerst beschriebene familiäre amaurotische Idiotie ein, deren typische Formen häufig schon im ersten Lebensjahr beginnen. Hier begleiten die Verblödung ein bestimmter Augenhintergrundbefund, Krampfanfälle, Fehlen oder Steigerung der Reflexe, Babinski und Nystagmus. Anatomisch liegt der Krankheit bekanntlich ein charakteristischer Prozeß zugrunde. — Nahe verwandt ist die von Spielmeyer und Vogt abgegrenzte Form, die zwischen dem 6. und 14. Lebensjahr zu beginnen pflegt, und bei der neben Retinitis pigmentosa, spastischen Lähmungen und epileptischen Krämpfen eine fortschreitende Verblödung mit komplizierender transkortikaler Aphasie (aufgehobenes Wortsinnsverständnis bei erhaltenem Wortlautverständnis) beobachtet wird.

Sachregister.




LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
RETURN TO
MAIN CIRCULATION
ALL BOOKS ARE SUBJECT TO RECALL
RENEW BOOKS BY CALLING 642-3405
DUE AS STAMPED BELOW
RECEIVED
APR 25 1995
CIRCULATION DEPT.
FORM NO. DD6
UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY
BERKELEY, CA 94720
Digitized by Google


YD 27605
LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
U. C. BERKELEY LIBRARIES
C052202758
THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
1868
Digitized by Google

